Analyse

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910 — N° 92.

LA LUTTE CONTRE LE CANCER

ET PARTICULIÈREMENT

CONTRE LE CANCER UTÉRIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 12 juillet 1910
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond LAROCHE
Licencié ès-lettres (Philosophie)
Né le 26 septembre 1879, à Pontigny (Yonne)

LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, RUE RACHAIS, 8

1910

LA LUTTE CONTRE LE CANCER

ET PARTICULIÈREMENT

CONTRE LE CANCER UTÉRIN

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910 — N° 92.

LA LUTTE CONTRE LE CANCER

ET PARTICULIÈREMENT

CONTRE LE CANCER UTÉRIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 12 juillet 1910
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond LAROCHE
Licencié ès-lettres (Philosophie)
Né le 26 septembre 1879, à Pontigny (Yonne)

LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, RUE RACHAIS, 8

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . . . Doyen.
COURMONT (J.) . . . . . Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, CAZENEUVE, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. TEISSIER. BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET. JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	ROQUE.
Pathologie et Thérapeutique générales	COLLET.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER.
COURMONT (P.)	COMMANDEUR.	LESIEUR.	LATARJET, ch...
CHATIN.	GAYET.	MARTIN (Et.).	BÉRIEL, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	BRETIN, ch...
TIXIER.	PATEL.	VORON.	THEVENOT, ch...

M. BAYLE. *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. A. POLLOSSON, *Président*: M. JABOULAY, *Assesseur;*
MM. VILLARD et TIXIER, *Agréges.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A Monsieur le Docteur G. LECLERC

Professeur suppléant de Clinique chirurgicale
à l'École de médecine de Dijon.

A mon Président de thèse,

Monsieur le Professeur Auguste POLLOSSON

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de médecine de Lyon.

A la veille de pratiquer l'art médical, qui nous fut enseigné avec tant de patience et de savoir, nous nous faisons une joie de remercier nos maîtres de l'Ecole et de l'hôpital de Dijon; nous ne les quitterons qu'à regret.

Nous adressons notre meilleur souvenir et nos plus vifs remerciements aux docteurs Broussolle, Zipfel et Gault, professeurs à l'Ecole de médecine, qui surent rendre aimable l'anatomie, pourtant si revêche au débutant; au docteur Parizot, professeur de clinique chirurgicale, dans le service duquel nous apprîmes d'abord l'A B C de la chirurgie, et plus tard les grandes vérités cliniques, grâce à ses leçons abondantes, pittoresquement égayées d'anecdotes et de traits; au docteur Deroye, professeur de clinique médicale, qui nous permit, par sa bonne grâce accoutumée et sa grande simplicité, de profiter toujours, et dès notre première année d'études, de sa haute expérience et de sa connaissance approfondie des malades; nous lui savons aussi le plus grand gré de nous avoir, comme directeur de l'Ecole de médecine, aplani maintes difficultés.

Nous n'oublions pas non plus les docteurs Dubard, Perrin, Petitjean, Baron et tous les maîtres excellents qui, dans leur service d'hôpital, à la maternité, ou chez eux, mirent généreusement à notre disposition leur science et leur temps.

Mais nous voulons adresser tout particulièrement au docteur Leclerc, professeur suppléant de clinique chirur-

gicale et d'obstétrique, l'expression de notre gratitude respectueuse. Nous nous rappellerons toujours avec quel dévouement, durant toute une année, il consacra ses veilles à nous exposer méthodiquement la pathologie pour nous préparer à l'internat; nous lui devons encore le sujet de cette thèse; il fut pour nous autant un ami qu'un maître : nous en avons été très honoré et nous l'en remercions publiquement.

Ce court travail sera, s'il le veut bien, un premier acte de déférence et de gratitude envers lui, puisque l'idée en est sienne, et qu'il la développa tout d'abord au mois de mars 1909 devant un public profane, mais lettré, en une conférence sur « la lutte contre le cancer », conférence qui parut ensuite en brochure. Cette idée lui est chère; nous la faisons nôtre volontiers, puisque aussi bien nous la partageons, et nous nous efforcerons de la présenter au milieu médical, sans la déformer ni la diminuer, en disciple docile jusqu'au bout.

M. le professeur Auguste Pollosson nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous le prions d'agréer nos sincères remerciements et notre respectueuse reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Avant et après le microscope, d'innombrables recherches ont été faites sur la nature du cancer; de même, avant et après l'électricité, avant et après la sérothérapie, d'innombrables essais ont été tentés pour trouver le remède du cancer. Et malgré ces efforts multiples et parallèles du laboratoire et de la clinique, ni théoriciens ni praticiens ne sont arrivés à des certitudes : l'agent ou les agents spécifiques, le remède ou les remèdes spécifiques du cancer sont encore à trouver.

Faut-il, pour cela, se borner à conseiller la résignation aux malheureux qu'atteint ce mal impitoyable ? Faut-il, avant qu'on puisse traiter le cancer par un remède approprié qui serait aux diverses tumeurs ce qu'est la quinine aux accès paludéens, le mercure et l'iodure aux accidents et à la diathèse syphiltiques, faut-il se borner aux palliatifs et à une thérapeutique de symptômes ?

Il ne le semble pas. Les progrès immenses de la chirurgie moderne, avec son antisepsie et sa technique, élevées désormais à la précision d'une science, ne nous le permettent plus. La chirurgie a déjà sauvé des milliers de cancéreux; elle peut et elle doit en sauver davantage, si médecins et malades lui viennent en aide, si la société

mieux avertie du danger sait prendre contre lui les mesures énergiques que nous proposerons.

Nous allons établir d'abord que le cancer est une maladie « locale », affectant un segment unique, un organe particulier de notre corps, avant d'envahir l'être tout entier pour le tuer. S'il est un mal local, une sorte de corps étranger inopportunément survenu, le chirurgien n'est pas désarmé contre lui .

Nous indiquerons ensuite avec quels succès relatifs ont été mises en œuvre toutes les ressources de la pharmacopée, de la sérothérapie et surtout les agents physiques (rayons X, radium, fulguration).

Nous opposerons à ces résultats ceux obtenus par la chirurgie la plus récente, celle qui s'efforce de faire des abrasions larges et précoces : une supériorité marquée se dégagera de statistiques irrécusables.

Nous conclurons que, puisque la meilleure arme à opposer au cancer est présentement le bistouri, mais le bistouri d'emblée, sitôt le mal apparu et reconnu, nous conclurons qu'il y a intérêt et devoir pour la société à éclairer ses membres sur l'existence et la gravité d'un mal qu'ils ne soupçonnent pas assez et contre lequel ils ne savent pas se défendre; nous indiquerons ce qui a été fait — à l'étranger — dans ce sens, et ce qui pourrait être fait dans notre pays avec le même profit.

CHAPITRE PREMIER

LE CANCER, MALADIE LOCALE AU DÉBUT

Nous ne saurions entrer ici dans le détail des nombreuses théories sur la nature du cancer : ce n'est pas de notre compétence; ce n'est pas notre but, non plus. Nous entendons rester sur le terrain pratique.

Quoi qu'il en soit, donc, de l'origine parasitaire ou cellulaire du cancer; de sa croissance centrale ou excentrique, de son extension par prolifération du tissu cancéreux primitif, ou par transformation cancéreuse des tissus avoisinants non cancéreux; de son accroissement par division directe ou par karyokinèse : nous croyons pouvoir avancer que le cancer est, au début, une maladie locale, tout au plus, régionale. Il n'est pas une localisation secondaire d'une diathèse antérieure, congénitale ou acquise.

Cette question de l'origine diathésique du cancer est grave de conséquences. Il n'en est pas qui ait une importance pratique ni plus directe, ni plus considérable. La thérapeutique en découle tout entière. Si un néoplasme n'est que la manifestation locale d'une maladie générale, la thérapeutique chirurgicale, c'est-à-dire, l'extirpation, est fatalement condamnée à l'impuissance. Si au con-

traire le néoplasme est un mal primitivement local, tendant à envahir de proche en proche et à infecter secondairement l'organisme, on peut espérer qu'en enlevant le foyer primitif en totalité, on obtiendra une guérison complète.

Cette conception de l'origine diathésique des néoplasmes s'est manifestée sous deux formes différentes. Broca pensait qu'il pouvait exister des diathèses partielles. L'altération, d'ailleurs inconnue, ne porterait que sur un seul système anatomique. C'est cette théorie qui fut ressuscitée par M. Wassilieff. « Un néoplasme, dit-il, résulte d'une modification portant sur la totalité d'un tissu, modification qui a pour effet d'exagérer la reproduction des éléments. »

D'autres admettent une diathèse, non plus partielle, mais générale, c'est-à-dire portant sur l'ensemble de l'organisme. Pour Bazin, qui, le premier, a émis cette manière de voir, cette diathèse serait la même qui engendre une foule de manifestations cutanées ou autres. Les néoplasmes ressortiraient à l'arthritisme ou encore à l'herpétisme. Pour M. Verneuil, la diathèse qui engendre les néoplasmes, bien que très voisine de l'arthritisme, aurait cependant une existence propre : il l'appelle *diathèse néoplasique*. Ses idées, sur ce sujet, ont principalement été développées dans la thèse de M. Ricard. D'après eux, toutes les tumeurs, quelle que soit leur structure, quelle que soit leur évolution, les plus bénignes comme les plus malignes, sont le produit de la même diathèse, de la diathèse néoplasique. Et pour soutenir cette théorie, M. Ricard cherche à démontrer que les néoplasmes sont fréquemment multiples, soit sur le même

individu, soit chez plusieurs individus de la même famille.

Or, il y a là une confusion évidente, à savoir l'analogie ou l'identité des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. Et rien n'est moins démontré que cette identité; dans la pratique, c'est toujours aux tumeurs malignes que l'on pense. Et si la multiplicité des tumeurs bénignes chez un même individu, ou la coexistence d'une tumeur bénigne et d'une tumeur maligne chez un sujet ne saurait être mise en doute, la multiplicité des tumeurs malignes ,de nature différente, ne saurait être admise primitivement. Nous disons de nature différente, car si deux épithéliomes, par exemple, sont reconnus chez un sujet comme étant de même espèce et de même structure, il est évident que l'un des deux néoplasmes est fils de l'autre, qu'il n'est qu'une colonisation à distance, un noyau secondaire du noyau primitif. La multiplicité primitive des néoplasmes malins est une rarissime exception (la littérature médicale en rapporte 4 ou 5 cas : thèse de Bard, Krecy et Frenkel); l'unité est la règle.

1° Notre premier argument en faveur de la localisation primitive du cancer sera donc l'*unité primitive* du cancer. On a bien à la fois deux, trois, quatre, dix furoncles, deux, trois, quatre, dix syphilides, deux ou plusieurs abcès froids ou fistules bacillaires : on n'a qu'un seul cancer à l'origine. Alors que l'arthritisme, la syphilis et la tuberculose sont des diathèses, des modifications profondes et spéciales du terrain, engendrant à l'occasion des localisation multiples, le cancer, envisagé soit comme prolifération intempestive d'une cellule embryonnaire longtemps endormie, soit comme inoculation parasitaire ou microbienne, est une affection locale et unique. On a

un cancer du sein, ou un cancer de la lèvre, ou un cancer des os; on ne les a pas tous à la fois.

2° *L'évolution du néoplasme* prouve qu'il est un mal local au début. En effet, le cancer peut se propager pár contiguïté, par voie lymphatique, et par voie sanguine, atérielle ou veineuse. Ce sont donc les régions immédiatement contiguës, au siège positif du néoplasme, ou tributaires de lui par les courants lymphatiques artériels et veineux, qui doivent se prendre les premières. Et cela est ainsi dans la réalité.

Par contiguïté. — Il est banal de constater qu'un cancer, où qu'il se développe, n'envahit pas aussi vite les organes qui sont éloignés de lui, que ceux qui l'avoisinent et le touchent. Un cancer de la langue envahit d'abord le plancher de la bouche, avant de s'étendre aux maxillaires et à tout le massif osseux de la face et du crâne. Un ostéosarcome désorganise les aponévroses et les muscles avant de perforer la peau; et s'il donne des embolies lointaines, c'est qu'il a perforé les tuniques artérielles et veineuses du territoire qu'il occupe.

Par voie lymphatique, le cancer se propage aux ganglions tributaires de sa région. Ainsi, à la lèvre inférieure, il cancérise d'abord les ganglions sous-mentaux, puis les sous-maxillaires, ne gagnant que bien plus tard les groupes ganglionnaires du cou: du sein, l'épithélioma se transporte dans les ganglions de l'aisselle, du côté correspondant, et si, par exception, il s'étend d'abord aux ganglions axillaires du côté opposé, cela tient à une anomalie dans la distribution des lymphatiques; plus tard seulement il envahit les ganglions sus-clavicu-

laires et trachéo-bronchiques. Et ainsi de suite, pour tous les néoplasmes qui se propagent par voie lymphatique.

Par voie sanguine. — Ne voyons-nous pas les cancers du tube digestif se propager au foie, en premier lieu, parce que précisément la veine porte qui reçoit le sang de l'intestin amène au foie les embolies cancéreuses.

« Aussi, conclut M. Pierre Delbet, ces constatations anatomiques précises permettent de penser que l'envahissement ganglionnaire n'est pas sous la dépendance d'un état général, d'une diathèse; qu'il est au contraire en relation directe avec le néoplasme primitif. En effet, s'il s'agissait d'une diathèse, l'organisme tout entier serait frappé dès le début, et la thérapeutique chirurgicale n'aurait aucune raison d'être. Si au contraire le néoplasme est une lésion primitivement locale, infectant secondairement l'organisme, on peut légitimement espérer qu'une intervention hâtive et complète, enlevant la totalité du mal, amènera la guérison définitive. » (Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, t. I, p. 412.)

3° Une autre preuve de la localisation primitive du cancer est la *similitude absolue entre le tissu de généralisation et le tissu d'origine.* Un cancer de l'intestin généralisé au foie ou au poumon, montrera à la coupe des villosités intestinales au milieu de lobules hépathiques ou d'alvéoles pulmonaires; un cancer du sein généralisé au foie, montrera des acini glandulaires au milieu des travées hépatiques. C'est donc que le poison cancéreux est parti de l'intestin, du sein, c'est-à-dire d'endroits précis, primitivement atteints, à l'exclusion des autres parties du corps. « Bien plus, dit encore M. Pierre Delbet, non seulement la structure du noyau secondaire est la

même que celle du noyau primitif, mais encore ils subissent les mêmes altérations régressives, la même dégénérescence.

« Que les éléments soient des cellules; que ce soient les granulations qu'on trouve dans les cellules, comme l'a pensé Heurteaux; que ce soient des microbes ou des parasites d'une organisation plus élevée, peu importe : le fait fondamental est que les noyaux secondaires sont engendrés par les éléments venus du néoplasme primitif. »

4° Enfin, *la guérison définitive* de sujets porteurs de cancers au début, et même avancés, par ablation large du foyer primitif et extirpation de ganglions tributaires de la région cancéreuse, prouve que le cancer est un mal local et non une diathèse. Est-on guéri de la furonculose, de la syphilis, de l'obésité, parce qu'on a enlevé des furoncles, des gommes, un paquet adipeux, sans suivre de traitement médicamenteux précisément appelé « antidiathésique » ? Evidemment non, c'est que l'arthritisme, la syphilis, la tuberculose et l'obésité sont des modifications profondes du terrain, des « vices du sang », tandis que le cancer ne devient tel qu'à la période de cachexie, où il revêt alors les allures d'une maladie infectieuse plutôt que d'une diathèse à proprement parler.

Sans aucune prétention pathogénique, ni anatomopathologique, nous définirons donc le cancer : *Une tumeur constituée par un tissu de nouvelle formation, de cause inconnue présentement, susceptible secondairement de s'étendre et de se généraliser, entraînant alors fatalement la cachexie et la mort,* **mais primitivement localisée et curable chirurgicalement.**

CHAPITRE II

LA THÉRAPEUTIQUE DU CANCER SES RÉSULTATS

Contre un mal tel que le cancer, inconnu, mystérieux et fatal, il devait y avoir, et il y a eu en effet, des milliers de remèdes préconisés; les uns, naïfs, comme la conception que leurs auteurs se faisaient du cancer, les autres plus rationnels en apparence, puisque dictés par une hypothèse ou une découverte, mais aussi impuissants que les premiers, puisque hypothèse et découverte erronées.

Nous ferions œuvre oiseuse, et complètement étrangère au but que nous poursuivons, si nous voulions passer en revue tout ce qui a été utilisé contre le cancer. Il nous faudrait parcourir les trois règnes de la nature : minéraux, plantes et animaux, tout a été mis à contribution .Nous nous arrêterons aux sérums et aux agents physiques, qui ont été plus particulièrement étudiés et mis à profit ces derniers temps, passant au contraire rapidement sur les agents chimiques, dans lesquels certains auteurs, fidèles aux anciens, cherchent encore la panacée anticancéreuse.

Mais d'abord, *peut-on se préserver du cancer ?* Et y *a-t-il une prophylaxie du cancer ?*

La réponse à la question est négative à priori, si le cancer est d'origine cellulaire, ainsi que l'ont soutenu avec une égale ardeur Wirchow, Conheim, Waldeyer, Thiersch et plus récemment MM. Bard, Fabre-Doumergue, Hallion, Von Hansenmann et Bastian. Il est évidemment impossible de prévoir qu'à un moment donné une cellule embryonnaire ou adulte de notre corps va se mettre à proliférer de façon désordonnée sous l'influence de facteurs inconnus ? Et si cette théorie « cellulaire » se vérifiait un jour, il n'y aurait pas à chercher de préservatif du cancer. On en serait porteur dès la naissance par le seul fait des « aptitudes évolutives spéciales de nos cellules ».

A ces théories, quelque peu métaphysiques, s'opposent les théories parasitaires, plus positives. Celles-là nous permettent, à priori, de concevoir une prophylaxie du cancer par la destruction du parasite ou du germe. Malheureusement, on ignore quel est ce parasite, ou quels sont ces germes — car il se peut qu'il y ait plusieurs agents spécifiques — : les chercheurs ne sont pas d'accord. Nous en somme réduits, pour le moment, à observer quelques précautions vagues, commandées plus par la crainte que par la logique.

Il y a eu, et le fait n'est plus contesté, de véritables cas de contagion, de petites épidémies de cancer, dans certains quartiers de ville, dans certaines maisons, le long de certains cours d'eau (en Normandie, notamment). Mais tous ces cas sont en somme des exceptions, et dans la presque totalité des cas, on ne peut déceler la contagion.

L'inoculation aux animaux a donné des résultats con-

tradictoires, et récemment M. Sticker, de Berlin, après avoir inoculé cinq cents fois les animaux les plus divers, avec du cancer humain reconnu tel au microscope, n'a jamais obtenu que de « vulgaires granulomes et pas une fois du cancer vrai ». (Congrès de chirurgie de Bruxelles, 1908.)

Nous pouvons donc admettre que *si le cancer est une maladie infectieuse et contagieuse, il nous est impossible de nous prononcer précisément sur la nature infectieuse et contagieuse de cette affection. Il nous est impossible d'organiser une prophylaxie du cancer* vraiment digne de ce nom et comparable à la prophylaxie du choléra, de la fièvre tpyhoïde et du paludisme. « Sublata causa, tollitur effectus », disait Bacon; nous ignorons la cause, nous ne préviendrons pas les effets.

Contentons-nous donc, par prudence, d'adopter les conclusions de la théorie parasitaire, qui commande certaines précautions hygiéniques élémentaires. Sans doute, ne fuyons pas le cancéreux comme un varioleux ou un pestiféré, mais que la crémation remplace l'inhumation; brûlons les pansements souillés et les déjections des malades; que les chambres et même les maisons tout entières, habitées par les cancéreux, soient désinfectées pendant le cours de la maladie et après la mort. Enfin, pour suivre les conseils de Brandt, ne préparons et ne consommons aucune nourriture dans le voisinage des cancéreux, sans nous être soigneusement désinfecté les mains. (Communication de M. Rosswel-Park de Buffalo, au Congrès international de chirurgie de 1908.)

Depuis une vingtaine d'années, l'hygiène individuelle et l'hygiène sociale ont incontestablement fait des pro-

grès. On se défend mieux contre les maladies contagieuses. Il n'y a presque plus de choléra, moins de typhoïdes, le paludisme a disparu des régions où sa prophylaxie a été instituée : d'une façon générale, la morbidité contagieuse a considérablement diminué. Pourquoi le cancer ne diminue-t-il pas parallèlement, s'il est uniquement une maladie infectieuse et contagieuse ? Pourquoi augmente-t-il de fréquence ? Les statistiques l'indiquent comme cause de mort de plus en plus fréquente, principalement dans les pays du nord, et pour ne citer qu'une statistique importante, celle qui fut faite à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, et comprit les 6.000 autopsies pratiquées entre le 1er janvier 1888 et le 31 décembre 1907, pendant une période de vingt années, on trouva 7,95 p. 100 de morts dues au cancer. D'autre part, l'Angleterre, seul pays d'Europe où les tables du cancer soient un peu anciennes, présente, depuis cinquante ans, la progression suivante (Bertillon J., 1906. Paris, *Le bilan du cancer*) :

Sur 100.000 habitants, combien de décès par cancer en un an :

1861-1865.	37
1866-1870.	40
1871-1875.	45
1876-1880.	50
1881-1885.	55
1886-1890.	63
1891-1895.	71
1896-1900.	80
1901-1903.	85

Enfin, dans les autres pays d'Europe, M. Bertillon, utilisant les statistiques les plus récentes, montre une progression analogue :

Sur 100.000 habitants, combien de décès par cancer en un an :

Angleterre	
1876-1880	50
1895-1900	80
Prusse	
1876-1880	27
1895-1900	57
Pays-Bas	
1876-1880	51
1895-1900	92
Norvège	
1876-1880	38
1895-1900	86
Autriche	
1876-1880	39
1895-1900	68
Suisse	
1881-1885	103
1896-1900	124
Italie	
1887-1890	42
1896-1900	51
Paris	
1881-1885	95
1896-1900	105
1901-1905	109

Le cancer augmente de fréquence, c'est incontestable : il est un véritable danger social, danger pour l'individu et danger pour l'espèce. Ce n'est donc pas dans l'observation de prescriptions hygiéniques rigoureuses qu'est le salut en ce moment. En tout cas, si l'hygiène nous préserve aujourd'hui, nous, médecin, garde-malade ou voi-

sin du cancéreux, elle ne sauvera pas le cancéreux. Le mal est en lui, l'hygiène ne l'en délogera pas : elle arrive trop tard.

A quoi aura-t-il recours ? En dehors de l'intervention chirurgicale, le cancéreux a le choix entre les agents chimiques, les agents physiologiques et les agents physiques.

AGENTS CHIMIQUES

Les **agents chimiques** sont les plus anciennement employés. Avant les sérums et l'électricité, on ne s'adressait guère qu'à eux. Quelques-uns comptent des succès, sur des cancers superficiels et très limités, notamment ceux de la face et de la peau, qui guérissent bien, quel que soit le procédé qu'en emploie.

Les acides azotique, sulfurique, chromique, lactique, phénique, hyperosmique ont été tour à tour injectés dans la masse cancéreuse. Ils ne sont plus guère en faveur, donnant, dans les cas favorables précités, plus qu'on ne leur demande, rongeant la chair vive après la tumeur, ou moins qu'il ne faudrait, ne détruisant le mal qu'en partie.

L'acide arsénieux et le chlorate de potasse ne guérissent également que de petits cancers limités de la peau, sans la moindre extension ganglionnaire. Ils n'agissent ni mieux ni plus mal que les agents physiques, et beaucoup moins sûrement que le bistouri. L'action des vieux caustiques est donc insuffisante.

On s'est adressé récemment à des corps chimiques nouveaux, sans être plus heureux. M. Morris, de Londres,

a préconisé le cinnamate de soude, l'aldéhyde cinnamique, l'orthocoumarate de soude, la thylmarine, comme « activant la leucocytose et la phagocytose », et, par suite « la régression du cancer ». Il n'a pas parlé de guérison, et n'a proposé l'emploi de ces corps que comme palliatifs dans les cancers inopérables. D'après le même auteur, l'oxyde d'antimoine, l'oléate de cuivre, l'oléate de thorium détruiraient localement le cancer. Et il présente à l'appui cinq cas de cancer du sein « guéris » — on ne dit pas depuis combien de temps; — le diagnostic microscopique avait été fait pour deux d'entre eux; un cancer du larynx et un cancer du rectum auraient été légèrement améliorés.

M. Laurent, de Bruxelles, après des années de recherches, s'est arrêté « à la formolisation » des tumeurs malignes, qu'il réalise par l'injection de doses colossales de formol (5 à 60 grammes). La tumeur subit un sphacèle partiel, et le reste est résorbé, grâce à la réaction considérable ainsi provoquée. Mais de l'aveu même de l'auteur, cette méthode est dangereuse. Elle n'est applicable qu'aux cancers externes et chez des malades ayant conservé une résistance suffisante pour subir la forte réaction que provoque ce traitement. De plus, cette méthode n'est pas appuyée d'une statistique. Il faut attendre. (Communication faite au Congrès de Bruxelles, 1908.)

Enfin, à la Société de chirurgie de Paris, le 23 avril 1909, M. Barbarin a présenté cinq cas de tumeurs malignes inopérables, améliorés, mais non guéris par l'absorption de dérivés chlorés (méthode de Becker). Le malade prend une à trois cuillerées à café par jour d'une potion contenant 30 grammes de chlorate de magnésie

pour 120 grammes d'eau. A la même société, M. Cazin dit n'avoir obtenu qu'une « amélioration légèrement appréciable de l'état général » chez deux femmes atteintes de carcinome utérin, par des injections sous-cutanées de chlorine. Enfin, M. Ozenne dit que, intus et extra, les dérivés chlorés qu'il a étudiés fort longtemps lui ont donné des résultats nuls. (Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, séance du 23 avril 1909, *Presse médicale* du 1er mai 1909.)

On peut donc conclure que les agents chimiques ne s'appliquent qu'aux cancers externes et limités de la peau, sans la moindre extension ganglionnaire, c'est-à-dire à une quantité restreinte de cancers. Dans les autres cancers opérables, leur action est aveugle et capricieuse; on ne les manie pas avec autant de précision que les agents physiques, ni avec autant de sûreté qu'un bistouri; ils sont manifestement dangereux; dans les cancers inopérables, on n'a recours à eux qu'à titre de palliatif. D'une façon générale, leur échec est démontré par des siècles d'insuccès; à ce point de vue, la méthode chimique a plus que fait ses preuves : non seulement elle n'est pas la meilleure, mais elle n'est pas la bonne.

Actuellement, ce n'est pas un caustique qu'il faut employer pour guérir vite et sûrement du cancer.

AGENTS PHYSIOLOGIQUES

Ce n'est pas non plus un *agent physiologique : ferment, antiferment, extraits* et *sérums divers*. Les résultats obtenus sont franchements mauvais. Il est vrai qu'on n'a eu recours à eux, le plus souvent, que dans les cas de

tumeurs inopérables. En présence d'un cancer opérable, on n'a guère songé, jusqu'à présent, à employer les ferments et les sérums. C'est assez dire le peu de confiance qu'ils inspirent.

D'abord, *les ferments : la tripsine et les ferments glycolytiques* ont été fréquemment employés. M. Tuffier, de Paris, dans une communication au Congrès de chirurgie de Bruxelles, en 1908, dit qu'il essaya trois fois la trypsine dans des cancers inopérables de la face, de la langue et du sein. Il n'observa « aucune modification de l'état général ni de l'état local ». La recherche du glycogène — on sait que les tumeurs sont plus riches en glycogène que les tissus normaux — sur des biopsies faites avant, pendant et après le traitement, n'a démontré, « aucune diminution appréciable de la richesse en glycogène des cellules cancéreuses ».

Il essaya aussi le *ferment glycolytique* préparé par la méthode d'Odier : une fois pour un épithélioma inopérable du sein, deux fois pour un cancer utérin. Il n'observa aucun résultat appréciable.

Enfin, il se servit de *l'extrait de foie* frais de lapin et l'injecta dans un épithélioma secondaire du cou : il observa des lésions dégénératives très nettes, mais limitées au seul point injecté; par contre, à l'autopsie du malade, « on découvrit des lésions dégénératives telles que, pensant qu'elles avaient pu être produites par les injections d'extrait, M. Tuffier n'osa pas continuer ses recherches dans ce sens ».

L'idée que les cellules cancéreuses sont plus riches en ferment que les cellules normales (recherches de MM. Pétry, Neùberg et Blummenthal) a encore engendré celle

d'utiliser des substances produisant une action inhibitrice sur le ferment, et, par suite, enrayant l'évolution du cancer. On a donné à ces substances le nom d'*antiferments*. Ainsi, le sérum d'espèces animales éloignées, et en particulier le sérum bovin, l'arsenic (atoxyl), la quinine (lactate), la cholestérine et les sérums riches en cholestérine (liquide d'hydrocèle), tels sont, actuellement, les antiferments qui sont utilisés dans la thérapeutique du cancer.

M. Hobbaüer présenta six malades, traités par les antiferments, à la Société de chirurgie de Berlin, le 15 juin 1908 : 1 cancer de la lèvre, 1 cancroïde ulcéré de l'aile du nez, et 4 récidives de cancer du sein. Les deux premiers étaient guéris, les quatre autres améliorés; mais ces six malades étaient encore en traitement ou venaient de le terminer au moment où ils étaient présentés. Aussi, MM. Kock et Bier, chargés d'examiner ces malades, s'élevèrent avec véhémence contre la communication et les conclusions hâtives de M. Hofbaüer.

Les ferments et les antiferments n'ont donc encore aucun passé qui mérite de les faire prendre en considération : ce sont peut-être les remèdes de l'avenir, ce ne sont pas les moyens du présent. Il ne faut pas compter sur eux pour lutter efficacement contre le cancer.

Le même reproche peut être fait aux *multiples sérums*, *sérums simples et antinéoplasiques*, non pas, encore une fois, qu'ils soient dépouillés de toute valeur curative ou palliative, mais parce que leur emploi est resté isolé, et que les résultats, toujours discutables, obtenus dans des laboratoires ou dans des cliniques fermées, sont en trop petit nombre. Au reste, ces résultats sont médiocres en

soi, et mauvais si on les compare aux résultats chirurgicaux. On y trouve des améliorations, mais pas une seule guérison constatée après trois ans.

En 1895, Richet et Héricourt annoncent à l'Académie de médecine qu'ils ont guéri deux malades atteints de cancer par un sérum qu'ils obtiennent de la façon suivante : « Ils injectent à des animaux le liquide filtré provenant du lavage de tumeurs cancéreuses; les animaux ainsi traités fournissent le sérum employé par les auteurs. » Quelques mois après, Richet lui-même reconnaissait que son sérum amenait souvent une amélioration, mais que les effets « n'allaient pas jusqu'à la guérison ».

En 1900, Wlaïeff, de Saint-Pétersbourg, annonçait également qu'il avait découvert un sérum capable d'amener la guérison. Or, ce sérum fut expérimenté par de nombreux chirurgiens, et, de l'avis de tous, il amenait quelques améliorations, mais jamais de guérisons.

D'après le Dr Roux, d'ailleurs, tous les sérums, quels qu'ils soient, produisent des effets analogues à ceux produits par le sérum de Wlaïeff. C'est ainsi qu'un médecin allemand, le Dr Korbsch, obtint, lui aussi, vers la même époque, des améliorations avec du sérum sanguin d'animaux jeunes; c'est le sérum de jeune brebis qui lui aurait donné les meilleurs résultats.

C'est ainsi encore que M. E. Widal, d'Arras, fait précéder et suivre l'exérèse d'injections d'un sérum, qu'il appelle « cytolytique », puisqu'il lui reconnaît la propriété de « dissoudre » les cellules du néoplasme formé. La sérothérapie cytolytique, préparatoire, simplifierait beaucoup, d'après lui, l'acte chirurgical, mobilisant les tumeurs, diminuant leur volume, et rendant facilement

opérables des néoplasmes considérés par tous comme absolument intangibles; consécutive à l'ablation, la sérothérapie détruit les reliquats néoplasiques que l'on doit en principe considérer comme existant toujours. (Communication à l'Association française pour l'étude du cancer).

En février 1904, M. Doyen lit à l'Académie de médecine une note dans laquelle il annonce qu'il a trouvé, isolé et cultivé le « microbe du cancer »; il lui donne le nom de « micrococcus neoformans », et affirme avoir traité par des injections de culture de ce microbe 126 cas de cancer. Sur ces 126 cas, 21 peuvent être considérés comme guéris. De plus, le 30 septembre 1904, M. Doyen annonce au Congrès français de chirurgie 42 guérisons confirmées.

Le Congrès de chirurgie prie la Société de chirurgie de Paris de nommer une commission chargée d'examiner et de suivre les malades de M. Doyen.

La commission nommée, comprenant les docteurs Berger, Monod, Nélaton, Kirmisson et Delbet, tous chirurgiens des hôpitaux de Paris, suit pendant un certain temps plusieurs malades traités par M. Doyen lui-même, et le 12 juillet 1905, le professeur Delbet fait, à la Société de chirurgie, un rapport dont voici les conclusions :

« Sur les 26 cas que nous avons examinés, il ya :

« 3 cas inutilisables, 1 parce que nous n'avons pas revu la malade, deux, parce que nous ne les avons pas suivis.

« 1 cas sans récidive après quatre ans et demi (*ce cas avait subi, à la fois, une opération et des injections de sérum*).

« 2 cas stationnaires.

« 20 aggravations incontestables, dont quelques-unes très rapides.

« Rien, dans ce que votre commission a observé, ne permet de penser que le traitement de M. Doyen ait une action favorable sur le cancer. » (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris :* procès-verbal de la séance du 12 juillet 1905.)

Bien qu'au sens de la majeure partie des chirurgiens, le sérum de M. Doyen soit aussi inefficace contre le cancer que la tuberculine de Koch le fut contre la tuberculose, nous devons à la vérité de mentionner la communication de M. le Dr Doyen au Congrès français de chirurgie de 1908 :

Partant de ce principe que les cellules cancéreuses sont un peu moins résistantes que les cellules saines aux divers agents physiques susceptibles de les détruire, — rayons X, air surchauffé, radiations du radium, étincelles de haute fréquence, — M. Doyen remarque que le micrococcus neoformans dans les cultures, est précisément tué à une température voisine de celle qui tue les cellules cancéreuses. Celles-ci sont tuées par la chaleur entre 56° et 58°, le micrococcus néoformans cesse de végéter à 55-56°. Il y a donc concordance presque absolue entre les conditions qui déterminent la mort du microbe et la disparition de la virulence des cellules cancéreuses.

Le cancer véritable ne peut être combattu efficacement qu'à la condition de poursuivre le germe infectieux et la cellule parasitée partout où ils se trouvent. Cette condition exige la réalisation d'une immunité antiinfectieuse. L'immunité anticancéreuse peut être obtenue par la vaccination progressive avec les toxines et les cellules mortes du micrococcus neoformans. Mais l'emploi du vaccin est délicat à régler et exige une observation clinique minutieuse.

M. Doyen dit avoir obtenu des résultats remarquables dans le traitement du cancer de l'estomac, même lorsqu'il s'agit d'une tumeur volumineuse. Dans plusieurs cas, où l'obstruction pylorique avait exigé la gastro-entérostomie, des tumeurs constatées de visu, compliquées d'adénopathie et d'envahissement du foie, ont à peu près disparu. Dans un de ces cas, le traitement a fait disparaître un ictère, qui datait de quatre mois. « *La vaccination antinéoplasique est aujourd'hui le seul traitement efficace du cancer de l'estomac.* »

Le cancer de la mamelle, traité dès le début par le vaccin, peut disparaître presque complètement sans même laisser de trace. Si la tumeur est volumineuse, il y a seulement réduction des dimensions. Il ne faut opérer qu'après avoir étudié les effets du vaccin. Il donne des résultats inespérés dans des cas de généralisation avec pleurésie et aussi avec ascite cancéreuse.

Les résultats sont les mêmes avec le cancer de la langue et de la cavité buccale, avec le cancer de la parotide, le sarcome de l'amygdale, dans le cancer de l'œsophage, de l'estomac et du rectum au début, dans celui de la vessie, de la verge, de l'utérus, du vagin, du testicule et de l'ovaire. (Compte rendu du Congrès français de chirurgie de 1908. Communication de M. Doyen.)

Il est regrettable que le sérum de M. Doyen soit resté son monopole et n'ait pu être essayé par d'autres bactériologistes ou d'autres chirurgiens, selon sa technique et suivant ses indications. Nous aurions sans doute à citer d'autres cas aussi favorablement influencés, et nous pourrions ériger la sérothérapie en méthode courante, anticancéreuse. Jusqu'à présent, il n'en est rien, et pas plus qu'une seule hirondelle ne fait le printemps, un sérum essayé par un seul chirurgien avec des procédés secrets, ne peut, à lui seul, créer une méthode clinique.

La guérison du cancer ne doit pas être espérée *pré-*

sentement de la sérothérapie. Méthode incertaine et dangereuse, parcé que méthode jeune, il lui faut attendre du temps et de l'usage la maturité qu'on exige des méthodes cliniques.

Et nous ne ferons pas d'autres reproches aux agents physiques préconisés depuis une dizaine d'années dans la cure du cancer. Nous voulons parler des rayons X, du radium et de l'électricité sous forme de voltarisation bipolaire ou fulguration. Il n'entre pas dans notre dessein d'en décrire la technique fort compliquée : l'énumération des résultats les plus récents et les meilleurs suffira à notre cause.

RADIOTHÉRAPIE

Peu de temps après la découverte de Röntgen, on pensa à employer les rayons X contre le cancer. En 1901, deux médecins de Washington, Johnson et Merill annoncèrent qu'après avoir traité six malades porteurs de tumeurs malignes par les rayons X, « ils avaient obtenu des effets manifestes et très encourageants ». A partir de cette époque, l'action des rayons Röntgen contre le cancer fut essayée dans tous les pays à la fois avec un enthousiasme qu'expliquent bien les déboires qu'avaient donnés jusque-là les tentatives diverses dirigées contre le terrible mal. La presse quotidienne traduisit au public ce véritable « emballement » dans des articles où l'on déclarait que le cancer était enfin vaincu.

Mais ces beaux espoirs furent vite déçus, et de tout le bruit qu'on avait fait, il est resté ceci (compte rendu du Congrès international de chirurgie, 1908, Bruxelles) :

1° Les rayons X agissent superficiellement ; leur action

ne dépasse pas 2 millimètres de profondeur; mais ils agissent électivement sur la cellule cancéreuse, sans provoquer de troubles dans les tissus sains. (M. Tuffier.)

2° Ils ne conviennent bien qu'aux cancers cutanés, dans lesquels les ganglions ne sont pas pris, ou très tardivement atteints. Ils ne présentent pas de progrès sensibles sur les caustiques. (M. Sequierra, de Londres.)

Ainsi, sur 236 cas de cancers cutanés traités par les rayons X, et réunis par M. Sequeirra, de Londres, 182 ont pu être suivis.

On note 95 guérisons :

75 guérisons après 3 ans.
14 guérisons après 5 ans.
6 guérisons après 6 ans.
soit : 95 p. 182, **ou 52 p. 100.**

On note, d'autre part :

38 récidives.
41 cas d'échec à peu près complet.
8 morts par méningite et septicémie.

Nous verrons que la chirurgie donne des résultats durables bien supérieurs de **69 à 87 p. 100,** selon les statistiques, et des échecs moins nombreux.

M. Sequeirra ajoute encore qu'il n'a retiré aucun bénéfice appréciable et spécial de l'emploi des rayons X dans le cancer des lèvres, du plancher de la bouche, de la langue, du pharynx; il n'a jamais obtenu de guérisons dans le cancer du sein; il a seulement noté la disparition des nodules post-opératoires, l'atténuation des douleurs et la diminution de l'œdème du bras.

Ainsi donc, dans le traitement des petits cancers cuta-

nés, les rayons X ne présentent pas d'autre avantage sur l'exérèse chirurgicale, qu'une cicatrice plus esthétique : on ne peut les employer contre les cancers externes un peu étendus ou ayant essaimé dans les ganglions; on ne peut les employer contre les cancers internes. Avec les rayons X, on ne peut traiter et guérir que 2 p. 100 de la totalité des cancers.

RADIUMTHÉRAPIE

Le radium n'a pas donné de résultats plus nombreux ni meilleurs, et les dernières publications de radiumthérapie trahissent l'incertitude des méthodes, la médiocrité des résultats et la défiance circonspecte dans laquelle on tient encore les radiations ultra-pénétrantes γ — puisque ce sont celles-là qui agissent le mieux sur le cancer.

D'après M. P. Petit, le rayonnement ultra-pénétrant a sur les autres variétés de rayonnement la supériorité de posséder une innocuité remarquable à l'égard des tissus sains, et malgré cela, de « conserver ses propriétés curatives à l'égard du processus inflammatoire gangréneux et néoplasique » (1).

La technique de son emploi a été très améliorée ces dernières années, par MM. Wikam, Degrais et Dominici, qui sont arrivés à doser avec assez de précision la quantité de rayons à laisser passer, à l'aide d'écrans divers, en ouate d'abord, en aluminium ensuite. Ils l'ont encore placé là où il doit agir, ce qui est un avantage, d'après eux, du radium sur les rayons X; car, tandis que

(1) P. Petit. — De l'application du rayonnement ultra-pénétrant du radium au cancer de la peau et des muqueuses. Thèse Paris, 1908, décembre.

les rayons X ne peuvent, le plus souvent, arriver au cancer qu'à travers d'autres tissus, où ils perdent de leur force et qu'ils altèrent en passant, le radium peut être employé de telle sorte, que son rayonenment porte directement sur le néoplasme. Ainsi, toute sa puissance est utilisée et on peut prolonger son action sans danger.

Dans la partie avoisinant le tube on voit immédiatement qu'il n'y a plus de cancer : toutes les cellules épithéliales ont disparu. Vient ensuite une zone de tissu jeune où persistent encore des éléments épithéliaux, mais l'aspect n'est plus celui du cancer, c'est plutôt celui d'un adénome. Dans le cancer du rectum, huit jours après l'action du radium, les éléments épithéliaux sont encore nombreux dans cette zone ; dans le cancer du sein, vingt-cinq jours après l'action du radium, ils sont devenus extrêmement rares.

Au point de vue clinique, le premier phénomène qui se manifeste de douze à vingt-quatre heures après l'application de la plaque radifère, c'est l'analgésie ou plutôt la disparition de la douleur, puis, de trois jours à trois semaines après, la tumeur ulcérée commence à se nettoyer et à s'aseptiser : une exsudation séro-sanguinolente, véritable flux plasmatique, débarrasse les bourgeons charnus de leur enduit jaunâtre, purulent et gangréneux ; le fond de l'ulcération se déterge, prend une coloration rosée ; l'odeur infecte s'atténue et disparaît progressivement.

Comme dernière étape de l'évolution clinique, on note l'affaissement des bourgeons épithéliomateux et l'atrophie du néoplasme. A la périphérie de l'ulcération qui se sèche, apparaît un liséré cicatriciel qui s'élargit et recouvre enfin la usrface ulcérée. Cette cicatrice est souple, normale, et reste la seule trace du siège occupé par la tumeur. (R. Romme : *Presse Médicale*, 16 janvier 1909, n° 5 ; Wickam : *Presse Médicale*, 1908, n° 100 ; P. Petit : Thèse déjà citée.)

Quels ont été les résultats ? Sans parler du cancroïde et des cancers superficiels de la peau et des muqueuses, M. Wickam a cité un cas de cancer ayant envahi la parotide, un cas de cancer profond de la région temporale guéris ou « *presque guéris* » par le radium; même succès, même guérison apparente entre les mains de M. Dominici dans un cancer de la langue; de même encore dans la thèse de M. P. Petit, on trouve, en matière de cancers superficiels, trois échecs contre neuf succès, et dix malades encore en traitement. C'est dire tout de suite que tous les cancers de la peau et des muqueuses ne guérissent pas par le radium : il en est même qui subissent sous l'influence de la radiumthérapie une aggravation manifeste.

Le 15 juin 1909, M. Dominici, après avoir présenté à l'Académie de médecine trois malades atteints, l'un de tumeur maligne de la parotide (lymphadénome); le second d'un sarcome inopérable du cou, et le troisième d'un épithélioma de la parotide, conclut que « ces malades ne sont pas guéris définitivement », qu'il y a à craindre des « métastases et des récidives », mais que la radiumthérapie a rendu deux services appréciables :

a) Rendre opérables des tumeurs inopérables;

b) Supprimer ou atténuer les troubles généraux et les lésions locales causées par ces tumeurs.

M. L. Chevrier, chirurgien des hôpitaux de Paris, exprime une opinion analogue :

Dans les tumeurs inopérables, il faut agir suivant la méthode actuelle, en s'adressant à la tumeur elle-même, qu'on attaque par le radium au centre et par le revers, à la surface et dans la profondeur, pour la rendre opérable ; mais dans les

tumeurs opérables ou qui le sont devenues par une application anticipée de radium, il convient d'enlever la tumeur chirurgicalement, avec les groupes lymphatiques, dont elle est tributaire, et ensuite de faire la radiumthérapie post-opératoire, qui devient « le traitement préventif de la récidive ». Il faut la faire porter sur la région correspondante à la tumeur enlevée, sur le groupe ganglionnaire extirpé, et aussi sur le groupe ganglionnaire sus-jacent.

A cette radiumthérapie secondaire, on ne demande que de détruire les quelques cellules cancéreuses essaimées à distance, et qui repulluleraient plus tard en récidive.

M. Tuffier semble être de cet avis, puisqu'il se sert de catgut radifère résorbable, et applique un drain radifère pendant quarante-huit heures, de façon « à agir sur les parcelles néoplasiques oubliées par le bistouri ».

Enfin, MM. Delbet et Herrenschmit, de Paris, au XVIe Congrès international de médecine tenu à Budapest, du 29 août au 4 septembre 1909, disent : « L'action du radium est très localisée. L'effet utile du rayonnement ne s'est étendu dans les cas des auteurs qu'à 15 ou 20 millimètres. La zone influencée favorablement lorsque l'appareil radifère est placé dans l'épaisseur du néoplasme, mesure de 3 à 4 centimètres de diamètre avec le tube pour centre. »

Ainsi qu'on peut en juger par ces citations que nous nous excusons d'avoir fait trop nombreuses, *le radium tend à être employé, non pas contre la tumeur elle-même, mais contre sa récidive;* de plus, *il rendrait opérables, en les limitant,* des *tumeurs inopérables de prime abord.* Ce double rôle préparatoire et consécutif à l'opération lui est attribué par ses partisans les plus autorisés et par

les chirurgiens les moins prévenus. Pour le moment, *le radium n'est qu'un palliatif dans les cas désespérés et un adjuvant du bistouri dans les cas chirurgicaux.*

FULGURATION

Une nouvelle arme vient aussi d'être employée récemment contre le cancer : on l'a appelée « *voltarisation bipolaire* » *ou fulguration.* Etant données les nombreuses controverses qu'elle a suscitées et les nombreux espoirs qu'elle a successivement fait naître et déçus, nous en dirons quelques mots, rapportant scrupuleusement les arguments et les résultats pour et contre elle.

La fulguration est une méthode électro-chirurgicale qui, dans la pensée de son auteur, M. de Keating-Hart de Marseille, ne visa d'abord que les cancers inopérables. Elle a, pour objet, après l'exérèse des masses néoplasiques enlevables, « la désorganisation, par l'étincelle de haute tension, des portions qui ont échappé à la curette, et la stimulation de l'activité réparatrice des tissus sains sous-jacents. » Elle agit par érythème, vésiculation et escarre. D'après les recherches de M. de Wassilensky, elle tue les cultures amibiennes et microbiennes, ou en arrête temporairement le développement. Elle aurait encore une action élective sur les cellules cancéreuses, détruisant le néoplasme et respectant le tissu conjonctif.

Cette méthode, limitée d'abord aux tumeurs intangibles chirurgicalement, M. de Keaking-Hart l'étend ensuite aux cancers opérables, et dit, à l'Association française pour l'étude du cancer (séance du 18 janvier 1909), en avoir obtenu de bons résultats. Il insiste seulement sur

« le tact dont doit faire preuve l'opérateur, en maniant les étincelles de haute fréquence. Ainsi, il ne faut pas que l'étincelle touche jamais le pneumogastrique, et il faut drainer la région fulgurée pour éviter l'intoxication produite par la sérosité qui s'écoule abondamment. »

Le 13 janvier 1909, M. Juge, de Marseille, élève de M. de Keating-Hart présente un malade guéri d'un véritable collier cancéreux autour de la bouche, ayant trois fois récidivé après l'opération chirurgicale. Les douleurs atroces autrefois ont disparu complètement, l'état général est excellent et la plaie est en voie de cicatrisation.

Au même moment, MM. Duret et Desplat, de Lille, disent avoir guéri, en quelques semaines, par la fulguration, une malade atteinte de néoplasme de la région cervico-maxillaire, jugé inopérable par tous les chirurgiens qui l'avaient vu. Sur 18 cas de cancers divers, tous inopérables, 12 ont été extirpés aussi largement que possible et fulgurés ensuite par eux. Ils ont cicatrisé rapidement : « L'avenir, ajoutent-ils, dira s'il s'agit de guérison. »

M. Constantin, de Toulouse, rapporte 41 cas : 4 leucoplasies graves en voie de dégénérescence, et 37 cancers de gravités diverses.

Sur les 4 leucoplasies, la fulguration a amené, dans tous les cas, « une rapide guérison paraissant très durable ».

Sur les 37 cancers, 11 opérables, et 26 inopérables.

Les 11 cancers opérables (face et lèvres), ont « tous guéri avec une réparation des plus esthétiques ».

Les 26 cancers graves et désespérés ont donné :

6 guérisons.

3 guérisons probables puisque sans récidive encore.

9 récidives : 6 avant cicatrisation; 3 après cicatrisation apparente.

3 insuccès, précédés d'une amélioration très marquée dans trois cas absolument désespérés.

3 morts par affection intercurrente.

2 non suivis.

« Jamais, dit M. Constantin, je n'ai observé d'aggravation des cancers; au contraire, même dans les plus mauvais cas, j'ai toujours vu une amélioration durable des lésions. (*Archives médicales de Toulouse*, t. XVI; *Presse médicale*, juillet 1909, n° 14.)

Enfin, le 8 octobre 1909, à la Société de médecine de Paris, M. de Keating-Hart expose les résultats donnés par sa méthode dans 247 cas de cancer.

« Dans les cas très graves, déjà abandonnés par la chirurgie, et où la méthode a pu être appliquée intégralement, il a obtenu 65 p. 100 de guérisons durant de six mois au moins à trois ans et demi.

Dans les cas opérables, où l'exérèse complète a été associée à la fulguration, il ne compte pas un seul échec » (cancer du sein, des os, des muqueuses, et en particulier langue et rectum).

L'auteur répète, pour conclure, ce qu'il avait dit au mois de janvier précédent, «que seules, les erreurs de technique, parfois chirurgicales, le plus souvent électriques, expliquent les échecs de sa méthode entre les mains de plusieurs expérimentateurs ». (*Bulletin de la Société de médecine de Paris*, séance du 8 octobre 1909.)

Tels sont les résultats que tirent de la fulguration ceux qui s'en servent le mieux, puisqu'ils ont fondé sa technique.

Nous devons, en regard, indiquer les résultats qu'ont obtenus de l'étincelle de haute fréquence les nombreux chirurgiens qui s'en sont servi. Ou cette méthode est vraiment très délicate à appliquer, et dans ce cas leur insuccès complet se trouve expliqué, mais aussi la fulguration est condamnée, comme méthode clinique courante; ou elle peut être mise entre les mains de chirurgiens ayant quelque connaissance d'électricité, et, dans ce cas, l'insuccès complet n'est expliqué que par une insuffisance fondamentale de la méthode, et, dans ce cas encore, la fulguration a vécu.

C'est d'abord *M. Fredet*, chirurgien des hôpitaux de Paris, qui, après une étude fort détaillée de la fulguration, conclut en substance : « 1° La fulguration, outre ses propriétés hémostatiques, escarrifiantes, hératogénésiques et analgésiantes, détruit toutes les cellules, sans distinction de forme et d'activité.

2° Son action est purement locale; elle est donc inefficace pour les cancers généralisés, ou même un peu étendus, et non accessibles chirurgicalement.

3° Les malades qualifiés guéris sont ceux qui ont cicatrisé rapidement, et qui *vivent avec une récidive à évolution torpide* ou sans récidive apparente, et qui jouissent d'un état général satisfaisant.

4° Pour les cas opérables, la *fulguration n'ajoute rien à l'efficacité de l'exérèse* et est *plus dangereuse*.

5° Dans les cas médiocres ou mauvais, où on a conscience de ne pas pouvoir tout enlever, il paraît légitime de renforcer l'acte opératoire par la fulguration. Il n'est pas interdit, sans doute, d'espérer que la réaction conjonctive provoquée par l'étincelage, arrête pour un temps

la récidive fatale, mais il importe de savoir si les inconvénients et les dangers de la fulguration équivalent au bénéfice éventuel qu'on peut en retirer.

« Pour le moment, le meilleur traitement du cancer est l'extirpation, large et précoce : un diagonstic hâtif, pas d'atermoiement, pas de demi-mesure, telle est la formule à retenir, jusqu'à ce que les médecins aient trouvé le sérum ou le médicament curateur que nous appelons de tous nos vœux. » (*Presse médicale* du 6 mars 1909 : La fulguration, par M. P. Frédet.)

C'est M. *Segond* qui, le 15 mars 1909, à « l'Association française pour l'étude du cancer », dit que « la fulguration n'est qu'un traitement palliatif des cancers inopérables: les autres sont justifiables du bistouri ». Sur 17 cancers traités, M. Segond eut 6 morts immédiates, 8 améliorations passagères, par cicatrices souples, suivies de récidive et de mort rapide, 3 améliorations de l'état général.

C'est M. *Tuffier* qui, le 26 avril de la même année, devant la même société, répète ce qu'il a dit de la fulguration au Congrès international de Bruxelles de 1908 :

Les étincelles de haute fréquence n'exercent aucune action sur la cellule cancéreuse, et n'agissent que sur le tissu conjonctif qui s'hypertrophie, en sorte que les cellules épithéliales sont étouffées. Si la fulguration constitue un progrès, c'est du côté d'une exérèse possible des lésions, sans elle inopérables. En attendant, il convient de drainer les plaies fulgurées pour échapper aux accidents septiques fort graves, déterminés par la lymphorrée post-fulgurale. D'autre part, il faut se garder de fulgurer toutes les fois que la tumeur est facilement et largement opérable.

C'est M. *Ricard* qui, devant la Société de chirurgie de Paris, manifeste la même réserve. Il a fulguré tous les cancers de son service d'octobre à avril 1909, soit 36 cas, comprenant les tumeurs les plus diverses comme siège et comme étendue, d'après la technique exacte et avec l'instrumentation de M. de Keating-Hart. L'examen microscopique des tumeurs et des récidives a été fait dans tous les cas; tous les malades ont été photographiés avant et après la fulguration; tous les décédés ont été autopsiés. C'est dire sur quelle base porte l'appréciation de M. Ricard.

Les résultats de la fulguration ont été désastreux. Sur les 36 cas traités, 12 sont morts, soit 33 p. 100.

A la vérité, la plus grande part de ces résultats ne sont attribuables qu'indirectement à la fulguration. Beaucoup de malades, en effet, s'étaient présentés avec des lésions tellement étendues, que M. Ricard aurait certes refusé de les opérer, s'il n'avait dû recourir à la simple exérèse chirurgicale: et ce n'est que parce qu'il escomptait les effets de la fulguration sur les tissus cancéreux, qui auraient pu échapper au bistouri, que M. Ricard s'est décidé à les opérer. Quelques-uns de ces malades, d'ailleurs, étaient venus à lui avec, en quelque sorte, un mandat impératif : or, la plupart des morts, reconnaissent certainement pour cause cette extension des indications opératoires. Mais il n'en est pas moins vrai que quelques morts sont directement imputables à la fulguration, sous l'influence de laquelle se développent parfois des accidents spécifiques d'une gravité exceptionnelle, pouvant entraîner la mort en quelques jours, voire même en quelques heures. C'est ainsi que sur 12 amputations du

sein pour cancer suivies de fulguration, M. Ricard a vu trois fois de ces septicémies foudroyantes qui ont emporté les malades en quelques jours. Toutes les autres opérées du sein ont été d'ailleurs touchées plus ou moins par l'infection. Des accidents septiques analogues, mais heureusement non mortels, ont été également observés à la suite de la fulguration d'un cancer de la langue d'ailleurs tout petit.

M. Ricard, d'autre part, conteste cette fougue de cicatrisation que tout le monde paraît avoir reconnu jusqu'à présent à la fulguration. Sans doute il a constaté parfois « cet étouffement du tissu cancéreux par le tissu fibreux », mais il a vu plus souvent la plaie fulgurée mettre un temps infini à bourgeonner et à se cicatriser. Une de ses opérées du sein, qui l'est déjà depuis deux mois, a déjà une récidive dans une des extrémités de la cicatrice, alors que l'autre extrémité où passait le drain reste béante, atone, sans la moindre tendance à la fermeture. Car la fulguration n'empêche pas les récidives, ou si l'on préfère, la contination de l'évolution du cancer incomplètement opéré. Il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à s'en rapporter à la statistique suivante :

Sur 10 cancers de la face et de la tête, ayant survécu à l'opération, 4 ont récidivé rapidement; les autres étaient si bénins que, logiquement, ils ne devaient pas récidiver; sur 9 cancers du sein ayant survécu, 5 ont récidivé; les 2 cancers des membres ont récidivé également; 1 cancer du tronc sur 2 a récidivé rapidement.

En résumé, conclut M. Ricard, *la fulguration n'étend pas le champ des indications opératoires; elle aggrave*

l'acte chirurgical par des complications septiques et elle n'empêche pas les récidives (1).

Toujours à la même société, *M. Legueu* déclare que tous les cancéreux qu'il a traités jusqu'ici par la fulguration, sauf un, ont récidivé immédiatement ou sont morts dans les quelques mois qui ont suivi l'opération. Il pense donc que la fulguration ne mérite pas les enthousiasmes qu'elle a suscités à son début : elle ne constitue à ses yeux qu'un agent de modification des tissus cancéreux au même titre que l'air chaud, sans action spécifique, sans action vraiment curative. C'est, d'ailleurs, une méthode qui peut exposer à des accidents graves, voire mortels : c'est ainsi que M. Legueu a vu mourir en vingt-quatre heures, par une sorte de toxémie suraiguë, foudroyante, une jeune fille de 20 ans, qu'il avait fulgurée pour un sarcome de l'avant-bras. (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, séance du 19 mai 1909.)

Le 9 juin suivant, MM. Sébileau, Quénu, Marion exposent des résultats et des conclusions identiques : « Sans avantage dans les cas limités et favorables, puisqu'elle n'empêche pas les récidives, la fulguration exerce une action manifestement défavorable sur la marche des plaies : elle produit un suintement considérable qui oblige à des pansements fréquents et au drainage: elle retarde la réunion par première intention et la cicatrice est moins belle; elle altère et amoindrit la vitalité des lambeaux et les rend plus aptes à l'infection secondaire. »

M. Pierre Delbet semble avoir résumé toutes ces opinions, quand il dit : « Il en est de cette méthode comme

(1) Société de chirurgie de Paris, 14 mai 1909.

de toutes celles que l'on a jusqu'ici utilisées contre le cancer. Essayée d'abord contre le cancer cutané de la face, elle a donné des résultats; mais quand on a voulu l'employer contre d'autres concers, « on s'est cassé les reins ». M. de Keating-Hart a dès l'abord, déclaré tout net : « Je guéris le cancer. » Aujourd'hui, il se contente de dire : « Faites le traitement habituel, puis fulgurez pour éviter les récidives. »

« Mais avant que nous sachions si la fulguration permet d'éviter les récidives, il faut au moins laisser s'écouler un laps de temps de dix années. »

En somme, qu'ont donné ces divers traitements chimique, physiologique ou physique ?

Des espérances, et rien de plus.

Un premier grief à leur faire, c'est qu'ils ne s'appliquent qu'à un nombre très limité de cas (cancers externes).

Mais, même pour ces cancers, où l'application des nouvelles méthodes est possible, les auteurs les plus élogieux parlent d' « *améliorations* », de « *presque guérison* » (!) (que signifie ce mot quand il s'agit de cancer ?), exceptionnellement de guérison.

Dans ce dernier cas, si nous analysons d'un peu plus près les observations, nous voyons que ces prétendues guérisons ne remontent qu'à quelques mois. Or, les chirurgiens savent bien que de telles observations ont une signification nulle. En effet, ce qui est difficile, ce n'est pas de supprimer la tumeur : cela, le bistouri le réalise plus simplement, plus sûrement, plus rapidement que tout autre moyen; c'est de l'empêcher de repulluler. C'est pourquoi les guérisons temporaires n'ont aucun intérêt

pour nous. C'est pourquoi nous exigeons d'une statistique chirurgicale que le nom de guérison ne soit prononcé que pour des cas restés sans récidive après trois ans. (On exige même cinq ans depuis le Congrès de Bruxelles, 1908.) Il faut donc avoir la même exigence pour les méthodes nouvelles.

Si nous leur appliquons ce critérium du temps, nous ne trouvons plus une seule guérison durable à leur actif. Or, nous verrons que les guérisons durables par ablation chirurgicale ne se comptent plus.

Loin de nous, d'ailleurs, la pensée de mépriser les méthodes récentes; mais nous ne devons pas les opposer à l'exérèse chirurgicale; nous devons, au contraire, les prendre comme auxiliaires utiles de celles-ci. Dans l'état actuel des choses, c'est à ce rôle qu'elles doivent être réduites, et qu'il importe de les maintenir, sous peine de nuire gravement à l'idée que nous voulons répandre, à savoir : *la curabilité du cancer.*

CHAPITRE III

LA CHIRURGIE DU CANCER
SES RÉSULTATS

Avant d'exposer les résultats empruntés aux plus riches et aux plus récentes statistiques, celles qui ont été apportées de tous les coins du monde au Congrès international de chirurgie de 1908, nous exprimerons un regret : c'est que tous les chirurgiens n'adoptent pas la méthode rationnelle en usage chez quelques chirurgiens allemands et préconisée dernièrement par M. A. Pollosson, dans le *Lyon chirurgical*, du 1er février 1909. Nous voulons dire que les chirurgiens ne devraient pas indiquer seulement le nombre de cas qu'ils ont opérés, mais encore le nombre de cas de cancer qui se sont présentés à eux, opérables et inopérables. On en pourrait déduire ce qu'il est convenu d'appeler « *l'opérabilité* ». Les statistiques d'un même chirurgien à deux époques de sa carrière, celles de deux chirurgiens d'un même pays, deviennent ainsi comparables.

De même, il serait à désirer que dans l'établissement du *pourcentage des cancers guéris* (sans récidive après trois ou cinq ans) *on ne se servît que des cas qui ont survécu à l'opération*. La mortalité opératoire prouve bien,

sans doute, la gravité des interventions, *mais elle ne prouve rien contre son efficacité future*, et elle ne devrait pas entrer en ligne de compte dans les statistiques qui tendent uniquement à prouver que l'ablation large et précoce guérit le cancer.

Prenons un exemple :

Cancers reconnus.	100
Opérables et opérés.	75
Morts opératoires et autres morts n'étant pas dues à des récidives	25
Récidives.	10
Définitivement guéris.	40

Evidemment, il y a bien 40 guérisons sur 75 malades opérés, mais la curabilité opératoire ne doit pas être estimée seulement 40 p. 75, mais **40 p. 50 ou 80 p. 100,** parce qu'on ignore ce qu'auraient donné comme résultats définitifs les 25 morts opératoires ou autres.

Enfin, comme la mortalité opératoire est d'autant plus élevée que les ablations sont plus tardives et, partant, plus larges, déterminant plus de shock et de chances d'infection, une statistique conçue dans ce sens démontrerait les nombreux avantages des opérations précoces.

Mais M. A. Pollosson a si clairement indiqué ces avantages, et d'autres encore, dans l'emploi des méthodes statistiques, ainsi conçues, que nous nous faisons un devoir de le citer. Ce qu'il dit du cancer utérin peut s'étendre à tous les autres.

Si dans un milieu déterminé on observe chaque année un nombre presque constant de cancers utérins, les cas sont comparables d'une année à l'autre. Dès lors, si on a opéré à un moment donné 10 p. 100 des cas par une méthode chirurgi-

cale ; si, plus tard, par une autre méthode, on en a opéré 80 p. 100, on peut en tirer la conclusion que l'on a étendu son opérabilité et que l'on a opéré dans la deuxième série des cas plus avancés, plus graves, qui, dans la première série, étaient laissés de côté.

Et ce chiffre d'opérabilité mérite d'être pris en considération à des points de vue variés.

Non seulement il permet d'affirmer que l'on s'est adressé à des cas plus graves, mais il doit modifier l'appréciation des résultats.

La mortalité opératoire n'aura pas la même signification, si l'opérabilité est faible ou élevée. Les résultats définitifs, les guérisons durables sans récidives devront être appréciés d'une manière différente suivant l'opérabilité.

Qu'on nous permette de discuter par deux exemples :

Un chirurgien A voit 100 malades cancéreux ; il en opère 30. Son opérabilité est de 30 p. 100. Supposons qu'il ait une mortalité de 10 p. 100, ce qui est une mortalité faible, il aura perdu 3 malades, 27 seront vivantes. Sur ces 27, supposons que 70 p. 100 des cas restent sans récidive, ce qui est un résultat merveilleux, il y aura 8 malades qui présenteront des récidives et 19 qui seront définitivement guéries.

Supposons un second chirurgien B, lequel observe également 100 cancéreuses, mais qui en opère 90 p. 100 ; il peut avoir une mortalité de 20 p. 100, soit 18morts sur les 90 opérées ; sur les 72 malades restantes, il peut n'avoir que 50 p. 100 de résultats durables, c'est-à-dire 36 cas, les autres sont victimes de récidive.

Lequel des deux chirurgiens aura été le plus utile ?

Si on se contente de demander à ces deux chirurgiens la mortalité opératoire, A répondra 10 p. 100 ; B répondra 20 p. 100. C'est le chirurgien A qui semble avoir l'avantage.

Si on demande maintenant aux deux opérateurs le chiffre des guérisons durables, A répondra 70 p. 100, B répondra 50 p. 100.

C'est encore A qui paraît avoir l'avantage.

Mais, si vous vous informez de l'opérabilité, vous arriverez à constater que A, sur les 100 malades qu'il a observées, n'en compte que 19 vivantes, tandis que B en a sauvé 36.

Le chiffre d'opérabilité est donc nécessaire, si l'on veut juger la valeur de la méthode. *Il est particulièrement utile, dans une affection comme le cancer*, où *tous les cas qu'on ne guérit pas sont voués à une mort fatale.*

Quoi qu'il en soit, les statistiques présentées sont encore éloquentes, nous les prendrons successivement, en commençant par les cancers qui donnent les moins bons résultats. Quand les chiffres mis à notre disposition nous le permettront, nous ne manquerons pas d'en déduire la curabilité opératoire du cancer en tant pour 100.

Nous considérons comme guérisons les absences de récidive constatées après trois ans. Nous sommes obligé de nous en tenir à ce chiffre et non à celui de cinq ans, préconisé par le Congrès de Bruxelles, parce que la plupart des statistiques l'ont adopté. On nous dira sans doute qu'après cinq ans, à fortiori après trois ans, on voit encore des récidives. Cela est vrai : on en voit même après dix ans et même quinze ans.

Le Dr Leclerc, de Dijon, a observé une récidive de cancer du sein après quinze ans, et une autre après dix-huit ans. Tous les chirurgiens peuvent citer des cas semblables isolés.

Mais cette objection est spécieuse : car, si chez un sujet de 55 ans, on assure une survie de dix ou quine ans, avec intervention secondaire possible, on a « pratiquement » guéri ce sujet, et il serait injuste de nier dans ces cas l'utilité de l'intervention.

Cancer du rein. — Néphrectomie (voie lombaire et transpéritonéale.

(Statistique personnelle de M. Legueu, de Paris.)

Cas opérés	17
Morts opératoires	2
Autres morts	0
Récidive (de 1 mois à 3 ans)	12
Guérison durable (après 3 ans)	1
Sans récidive, mais trop récente pour être comptée	2
Curabilité opératoire	**1 p. 13**
ou	**7,6 p. 100**

Là où rien ne peut, c'est encore quelque chose que de sauver plus de 7 malades sur 100. Et M. Legueu explique que ces médiocres résultats sont dus à l'ancienneté des cas opérés. Pour les obtenir meilleurs, « il faut pratiquer l'ablation du rein en bloc, largement, et de bonne heure ». C'est également l'opinion de M. Rosswing, de Copenhague, qui pose en principe qu'il faut enlever le rein, absolument intact et clos, sitôt le diagnostic fait : cette méthode lui a donné des résultats sensiblement meilleurs :

(Statistique personnelle de M. Rosswing, de Copenhague).

Cas opérés	50
Morts opératoires ou 12 p. 100.	6
Autres morts	0
Récidives et métastases	26
Sans récidive (entre 5 et 16 ans)	18
Curabilité opératoire	**18 p. 44**
ou	**41 p. 100**

Cancer de l'estomac (Gastrectomie ou pylorectomie).

(Statistique de M. le Professeur Czerny, de Heidelberg.)

Cas opérés par résection de 1898 à 1909.	73
Morts opératoires.	21
ou 28 p. 100.	
Autres morts (affections inconnues)	3
Récidives :	
Première année.	12
Deuxième année.	16
Troisième année.	3
Non suivis :	
Sans récidive depuis trois ans et bien portants au 1er janvier 1907	11
Résultats positifs : 11 p. 73.	
Curabilité opératoire (en comptant comme guérie une récidive après neuf ans et demi)	**11 p. 42**
ou.	**26,19 p. 100**

M. Czerny pense qu'il faut restreindre les indications de l'opération, plutôt que de les étendre. Il ne faut opérer que les cas opérables, les cancers limités, dans lesquels l'état général, resté relativement bon, autorise une intervention sérieuse.

(Statistique de M. Hartmann, de Paris.)

Cas opérés par résection.	57
Morts opératoire.	16
ou 27 p. 100.	
Récidives avant 3 ans.	17
Non suivis.	3
Sans récidive entre 3 et 9 ans.	11
Résultats positifs : 11 p. 57.	
Curabilité opératoire. . . .	**11 p. 38**
ou.	**28,9 p. 100**

Cancer du Testicule (castration).

(Statistique de M. Legueu, de Paris).

Cas opérés (séminomes)	59
Morts opératoires.	0
Autres morts dues à	0
Récidives (2 à 34 mois après l'opération)	25
Récidives n'entraînant pas la mort	6
Sans récidives, après 36 mois	20
Non suivis.	8

Résultats positifs : 20 p. 59.

Curabilité opératoire . . . 20 p. 51
ou . . . . . 40 p. 100

Cancer du gros intestin (rectum excepté). — Résection.

(Statistique de M. Wœlker, de Heidelberg).

Cas opérés.	50
Morts opératoires.	25
ou 50 p. 100.	
Non suivis et autres morts.	8
Récidives.	7
Guéris définitivement après 5 ans	10

Résultats positifs : 10 p. 50.

Curabilité opératoire . . . 10 p. 17
ou . . . . . 58 p. 100

D'où cette conclusion de M. Wielker : « Si la mortalité opératoire est énorme, encore 50 p. 100, ceux qui survivent à l'opération restent presque tous guéris : 58 p. 100.

Cancer du Rectum (Résection).

(Statistique de M. Wœlker, de Heidelberg).

Chez l'homme :

Mortalité opératoire : 15 p. 100.
Guérisons durables : 15 à 25 p. 100.

M. Wœlker n'a pas fourni de statistique personnelle, mais les résultats moyens tirés des nombreuses statistiques que lui ont fait parvenir d'autres chirurgiens.

Chez la femme :

Guérisons durables : 40 à 50 p. 100.

Chez l'homme, comme chez la femme, l'amputation combinée par la voie abdomino-périnéale ou abdomino-coccygienne est la méthode de l'avenir. Chez la femme, le pourcentage de guérisons peut encore être augmenté. si on a soin, quinze jours environ avant l'entérectomie, de pratiquer l'hystérectomie, qui rend seule possible l'ablation totale du rectum et du côlon pelvien. (M. Tixier, de Lyon.)

(Statistique de M. Hartmann, de Paris.)

Ablations.	49
Morts opératoires.	7
ou 15 p. 100.	
Ayant été suivis.	20
Récidives et métastases.	10
Résultats durables.	9
Curabilité opératoire...	**9 p. 20**
ou.....	**45 p. 100**

Cancer de la bouche (langue et plancher de la bouche, amygdale, voile du palais, joue).

(Statistiques présentées par M. Collin-Warren, de Boston, et empruntées au *Massachusett's hospital general*).

Résumé :

Cas opérés.	112
Morts opératoires (voir le détail plus loin)	

Récidives (voir le détail plus loin)
Guéris après 3 ans. 16
ou. . . . . **14,3 p. 100**

Les seuls cas guéris définitivement sont ceux qui étaient limités à la langue et ont été pris de très bonne heure.

DÉTAILS	Langue et plancher de la bouche.	Voie endobuccale.	Mort. opérat. 17,5 °/o
			Guérison dur. 40 °/o
		Voie transmaxillaire . . .	Mort. opérat. 30,7 °/o
			Guérison dur. 17,5 °/o
	Cancer du plancher de la bouche ayant envahi le maxillaire inférieur.	Mortalité opératoire	35,7 °/o
		Guérison durable.	17,7 °/o
	Cancer de la bouche ayant envahi le maxillaire supérieur.	Mortalité opératoire	0 °/o
		Récidives	100 °/o
		Guérison	0 °/o
	Cancer de la joue.	Mortalité opératoire	25 °/o
		Guérison durable.	17 °/o

Cancer de la langue

(Stastistique de M. Buttlin, de Londres)

Cas opérés. 197
Morts opératoires. 20
ou 10 p. 100.
Récidives. 90
Opérations palliatives ou non suivies. 32
Guérisons (de 3 à 33 ans) 55
Curabilité . . **55 p. 145** ou **37 p. 100**

Les statistiques de M. Dollinger, de Budapesth, et Bastianelli, de Rome, donnent des pourcentages très voisins.

Cancer des lèvres.

Statistiques de MM. Heiner, Armknecht et Ebel, rapportées par M. Von Bornsdorp, de Helsinfors.

Cas opérés.	154
Mortalité opératoire (de complication cardiaque ou pulmonaire).	2 p. 100
Récidives avant 3 ans	19,22 p. 100
Sans récidives après 3 ans	81,78 p. 100
Les récidives réopérées donnent encore comme guérisons définitives	20 p. 100
Soit **une curabilité opératoire totale de**	**87 p. 100**

D'où cette conclusion « que, sans contester la possibilité de guérisons durables du cancer des lèvres obtenues par l'action des divers agents physiques ou chimiques, des caustiques, des rayons X et du radium, le traitement de choix de ce cancer comme de tous les cancers accessibles, est le traitement chirurgical. Mais, pour que ce traitement donne les résultats qu'on est en droit d'espérer, il faut pratiquer dans tous les cas, en même temps que l'ablation large de la tumeur, le curage méthodique du tissu cellulaire des deux côtés du cou.

Statistique de M. Dollinger, de Budapest.

Cas opérés en 10 ans. . . . . (limités à la lèvre)	158
Non suivis ou morts d'affection intercurrente.	19
Ayant récidivé arès 5 ans seulement.	69
N'ayant jamais récidivé.	70

Curabilité opératoire relative
(sans récidive après 5 ans)..... **70 p. 139**
ou .... **50,3 p. 100**
Curabilité opératoire absolue
(sans récidive jusqu'à 5 ans)..... **139 p. 139**
ou..... **100 p. 100**

Si, au contraire, il fait porter la statistique sur 9 cas de cancer, qui n'étaient pas limités à la lèvre, mais avaient envahi la gencive, les muscles de la joue et le maxillaire inférieur, ce chirurgien n'obtient plus que des récidives avant trois ans.

Statistique de M. Ribeira y Sano, de Madrid.

Cas opérés. 96
1° *Tumeurs locales sans extension ganglionnaire*. 43
Guérisons durables. 39
Récidives suivies de guérisons. 2
Récidives définitives. 2
Curabilité opératoire..... *41 p. 43*
ou ..... **95,6 p. 100**

2° *Tumeurs locales avec extension ganglionnaire*. 10
Guérisons durables. 9
Récidive. 1
Curabilité opératoire..... *9 p. 10*
ou..... **90 p. 100**

3° *Tumeurs plus étendues, nécessitant restauration autoplastique*. 33
Guérisons durables. 29
Récidives ou morts. 4
Curabilité opératoire..... *29 p. 33*
ou ..... **87 p. 100**

Épithéliomas cutanés.

Ceux qui sont strictement limités à la peau donnent de 97 à 100 p. 100 de guérisons définitives, selon les chirurgiens. M. Morestin, de Paris, chargé de présenter un rapport sur le traitement du cancer et cancroïde de la peau, conclut : « De tous les procédés non sanglants de traitement des cancers de la peau, c'est la radiothérapie qui jouit actuellement de la plus grande faveur et qui donne incontestablement les plus beaux résultats. *Ce procédé reste cependant bien inférieur à l'exérèse chirurgicale*, et il ne faut l'utiliser que comme cure complémentaire de cette exérèse, après l'extirpation de cancers adhérents, ayant exigé de notables sacrifices et qu'on n'est pas bien certain d'avoir radicalement enlevés (épithéliomas à foyers multiples et sarcomes mélaniques).

Le traitement précoce étant d'une bénignité absolue, et donnant une quasi-certitude de guérison, au lieu que les interventions tardives deviennent souvent stériles, malgré de pénibles mutilations, des extirpations laborieuses et énormes (3 morts opératoires et de nombreuses récidives sur 125 cas), *il faut porter tout son effort* à décider les malades à se débarrasser de bonne heure de toute lésion néoplasique de la peau. Au rebours des anciens, qui les considéraient comme noli me tangere, nous devons aujourd'hui les attaquer et les détruire systématiquement et le plus tot possible.

Si ces idées étaient plus communément acceptées, les épithéliomas cutanés seraient justiciables seulement de la chirurgie élémentaire, de la petite chirurgie : aucun malade ne succomberait à cette affection, si aisément

curable à ses premiers stades; aucun opéré n'aurait à payer d'une mutilation quelconque la rançon de sa maladie.

M. Dollinger, de Budapesth, conclut dans le même sens, insistant sur l'importance de l'opération dès les premiers mois; car il a trouvé 45 p. 100 de récidives pour des cancers de la peau, opérés de huit à douze mois après leur début.

Cancer du sein.

Statistique de M. Le Dentu, de Paris.

Cas opérés.	59
Morts opératoires, autres morts ou non suivis.	2
Récidives avant 3 ans.	25
Récidive après 3 ans (de 3 à 16 ans)...	23
Sans récidive de 4 à 19 ans	9
Curabilité opératoire « relative » 23+9 p. 57 ou	**56,13 p. 100**
Curabilité opératoire absolue : *9 p. 57* ou...	**15,7 p. 100**

Statistique de M. Ribeira y Sano, de Madrid.

Morts opératoires.	10 p. 100
Récidives.	30 p. 100
Guérisons durables.....	**44 p. 100**

(Nous n'avons pu établir la curabilité opératoire, ne disposant pas des chiffres nécessaires.)

Statistique de M. Dollinger, de Budapest.

Morts opératoires.	4,9 p. 100
Récidives.	70,4 p. 100
Guérisons durables.	**30 p. 100**

Statistique de M. Jonnesco.

Guérisons durables. . . . . **30 p. 100**

Ces deux dernières statistiques comprennent des cas où la généralisation s'étendait aux ganglions sus-claviculaires. On s'explique ainsi les résultats moins bons.

M. Steinhall, de Stuttgart faisant une statistique sur les cas opérés de bonne heure, à développement lent, inclus en pleine glande, à peau mobile, sans gros ganglions dans l'aisselle, trouve :

Dans une première série de 14 cas.. **78,5 p. 100** *de guérisons durables.*

Dans une deuxième série de 7 cas.... **85,7 p. 100** *de guérisons.*

Si, au contraire, il y a adhérence à la peau et envahissement ganglionnaire, il trouve *31 p. 100 de récidive.*

Si, enfin, le plan costal est envahi, *il a 0 guérisons* et *100 p. 100 de récidives.*

M. Depage, de Bruxelles, a présenté au Congrès, un tableau comparatif des progrès accomplis dans la chirurgie du sein depuis cinquante ans. Il ne saurait être déplacé ici :

Progrès de la chirurgie du sein.

1862 à 1875	mortalité opératoire	17,3 p. 100
1875 à 1885	mortalité opératoire	7 p. 100
1885 à 1895	mortalité opératoire	3 p. 100
1895 à 1905	mortalité opératoire	2,8 p. 100

Sur 102 cas personnels, M. Depage a eu une seule mort opératoire.

Les résultats définitifs ont suivi une progression inverse :

1875 à 1875 guéries après 3 ans 9,4 p. 100
1875 à 1885 guéries après 3 ans 10 p. 100
1885 à 1895 guéries après 3 ans 34,8 p. 100
1895 à 1906 guéries après 3 ans..... 46,5 p. 100

Sur 62 opérés, M. Depage a eu 30 survies de plus de trois ans, soit **48 p. 100**.

Cancer de l'utérus. — (Hystérectomie abdominale.)

Statistique de M. J.-L. Faure, de Paris.

Au début : Technique imparfaite de 1896 à 1901.

Cas opérés..... 15
Morts opératoires..... 9 ou 60 p. 100.
Non suivi..... 1
Récidives..... 3
Guérisons durables..... 2
Résultats positifs : 2 p. 14 ou *15 p. 100*
Curabilité opératoire : *2 p. 5* ou..... **40 p. 100**

Actuellement : Technique perfectionnée de Wertheim, 1902 à 1905.

Cas opérés..... 18
Morts opératoires..... 6
Non suivi..... 1
Récidive..... 1
Guérisons durables..... 10
Résultats positifs : 10 p. 17 ou *55 p. 100*
Curabilité opératoire : 10 p. 11 ou..... **90 p. 100**

M. Faure insiste sur ce point, que pour le cancer du col, comme pour celui du corps, il faut faire l'hystérec-

tomie abdominale. Seule, elle permet l'extirpation de l'utérus en totalité, sans dilacération, sans morcellement; seule elle permet la dissection exacte des uretères englobés par le néoplasme.

D'autre part, il faut traiter comme un cancer du col, le cancer du vagin dans ses deux tiers supérieurs.

Statistique de M. Wertheim, de Vienne.

Cas opérés.		442
Mortalité opératoire au début.	24	p. 100
Mortalité opératoire à présent...	*9,5*	*p. 100*

Sur 147 cas qui ont pu être suivis, M. Wertheim en *compte 87 exemples de récidive après cinq ans*, ce qui fait un résultat positif de *59 p. 100*.

M. Wertheim nous a écrit dernièrement qu'il compte maintenant 500 cas de cancers utérins opérés par lui.

Il se propose d'en faire paraître le détail incessamment, dans une brochure éditée par MM. Urbain et Schwarzenberg, à Vienne. Il a bien voulu nous dire qu'il atteint maintenant, couramment, **60 p. 100** *de guérisons* **après cinq ans,** *et que, s'il fait porter sa statistique exclusivement sur les cas de cancer du col se présentant de bonne heure, il obtient* **88 p. 100** *de guérisons durables, cinq ans après l'opération.*

Vraisemblablement, la curabilité opératoire absolue approche, chez ce gynécologue, de 90 à 95 p. 100. Nous n'avons pas de chiffres qui nous permettent de la calculer présentement.

Statistique de M. A. Pollosson, de Lyon (4 séries d'observations).

Dans chacune d'elles, M. le professeur Pollosson montre successivement la progression de son opérabilité, la diminution de sa mortalité opératoire, et l'augmentation des guérisons définitives :

1re série (antérieure à 1905) : 31 opérations
Opérabilité totale (corps et col) 56 p. 100
Opérabilité des cancers du col 54 p. 100

2e série : 1905 à 1906 :

Nombre de malades. 84
Opérés. 73
Opérabilité totale. . . 73 p. 84 ou 86,8 p. 100
Opérabilité des cancers du col. 88,3 p. 100

3e série (1907) :

Nombre de malades. 57
Opérées. 44
Opérabilité totale. . . 44 p. 57 ou 77,2 p. 100
Opérabilité des cancers du col. 76 p. 100

4e série (1907 à 1909) :

Nombre de malades. 84
Opérées. 63
Opérabilité totale. . . 63 p. 84 ou 75 p. 100
Opérabilité des cancers du col.. 77 p. 100

On voit que les dernières méthodes chirurgicales, à savoir l'hystérectomie abdominale, avec l'évidement de Wertheim, ont porté l'opérabilité du cancer du col de 12 à 14 p. 100 qu'elle était au début, à 54, 76, 77 et 88 p. 100, ce qui est un vrai progrès, puisque la mortalité opératoire paraît être inversement proportionnelle :

1re SÉRIE

Mortalité opératoire des cancers du col
5 sur 27, soit ..... 18,6 p. 100
Si on enlève 1 mort due à une apoplexie, on a 4 sur 27, soit ..... *14,8 p. 100.*

2e SÉRIE

Mortalité opératoire globale : 10 sur 73
ou .... *13,7 p. 100.*
Mortalité opératoire des cancers du col
9 sur 68 ou ..... *13,2 p. 100.*

Dans cette mortalité, sont comptées deux morts par hémiplégie et hernie rétro-péritonéale.

3e SÉRIE

Mortalité opératoire globale : 5 sur 44
ou ..... 11,3 p. 100.
Mortalité opératoire des cancers du col
3 sur 35 ou ..... *8,3 p. 100.*

M. Pollosson a eu personnellement 2 morts opératoires sur 30 interventions, soit 6,6 p. 100; et dans une série de 36 opérations, d'octobre 1906 à octobre 1907, il n'a pas eu un seul décès post-opératoire, soit 0 p. 36 et 0 p. 100.

4e SÉRIE

Mortalité opératoire totale : 13 sur 63
ou ..... 20,6 p. 100.
Mortalité opératoire des cancers du col
13 sur 57 ou..... 22,8 p. 100.

Mais dans cette série, M. A. Pollosson avait reculé à l'extrême les limites de l'opérabilité : 4 de ses malades moururent de shock.

Les résultats durables, et ce que nous avons appelé la curabilité opératoire du cancer utérin, ont été meilleurs d'année en année et ont suivi la même courbe que l'opérabilité — ce qui est vraiment remarquable.

1re SÉRIE

Opérées		31
Suivies		20
Récidives		13
Guéries après 3 ans		7
Curabilité opératoire	**7 p.**	**20**
ou	**35 p.**	**100**

2e SÉRIE

Opérées		73
Suivies		42
Récidives		16
Guéries arès 3 ans		26
Curabilité opératoire	**26 p.**	**42**
ou	**61 p.**	**100**

3e SÉRIE

Opérées		44
Suivies		23
Récidives		7
Guéries		16
Curabilité opératoire	**16 p.**	**23**
ou	**69 p.**	**100**

4e SÉRIE

(Les résultats sont encore trop récents.)

On le voit, M. A. Pollosson trouve des résultats un peu supérieurs à ceux de M. Wertheim; mais M. Pollosson considère comme guéries toutes les malades qui n'ont pas présenté de récidive avant la fin de la troisième année;

tandis que M. Wertheim attend la fin de la cinquième année avant de compter ses malades comme guéries.

D'autre part, les récidives étant d'autant plus rares qu'on s'éloigne davantage de l'opération, et étant peu fréquentes entre trois et cinq ans, les résultats de ces deux chirurgiens, 60 p. 100 après cinq ans pour M. Wertheim, 69 p. 100 après trois ans pour M. Pollosson, sont sensiblement comparables.

Ces chiffres, éloquents par eux-mêmes, n'ont pas besoin d'être commentés. Nous retiendrons seulement la conclusion suivante, qui fut adoptée unanimement à la suite du Congrès de Bruxelles de 1908, et nous la répèterons à dessein, ne craignant pas les redites en pareil cas :

« *La chirurgie est supérieure à toutes les autres méthodes pour guérir le cancer.*

« *Les résultats sont d'autant meilleurs que les techniques sont plus parfaites, mais surtout, que les ablations sont pratiquées plus tôt et plus largement.* »

Il faut donc tendre à augmenter l'opérabilité, et pour cela, il faut que les malades se présentent de meilleure heure au chirurgien. Car si les méthodes chirurgicales, encore perfectibles, peuvent augmenter dans de faibles proportions l'opérabilité, cet accroissement n'est rien ou presque rien en présence de celui qui peut être fourni par les malades eux-mêmes. Et nous avons vu souvent la curabilité opératoire suivre de bien près l'opérabilité.

Il nous reste à indiquer — et c'est là la partie pratique de notre travail — ce qui a été fait dans ce but, à savoir quelques tentatives isolées, aussi fructueuses que courageuses, et aussi ce qu'il reste à faire.

CHAPITRE IV

DÉFENSE SOCIALE CONTRE LE CANCER

DEUX EXEMPLES

Le traitement chirurgical large et précoce est donc la seule arme que nous ayons présentement contre le cancer. Elle semble, à première vue, très facile à employer : quoi de plus simple, en effet, qu'un séjour de quelques jours ou de quelques semaines à l'hôpital ou dans une clinique ? Quoi de plus rapide que les procédés chirurgicaux actuels ? Mais en pratique, il en va tout autrement, et on se heurte à une presque impossibilité de se servir de cette arme, d'une façon efficace.

C'est la faute des malades, le plus souvent; c'est quelquefois aussi la faute des médecins.

C'est d'abord la faute des malades, qui viennent toujours consulter très tard. L'expérience journalière le démontre surabondamment et les statistiques le confirment. Témoin celle de Konrad, qui, sur 544 femmes atteintes de cancer utérin, venues à sa clinique, constate que 50 p. 100 ont attendu pour se présenter au moins six mois après le premier symptôme. Aucune d'elles n'est venue

dans les trois premiers mois. La statistique d'un autre chirurgien allemand, Winter, de Kœnigsberg, plaide exactement dans le même sens. « Sur 234 femmes atteintes de cancer utérin, et examinées à la clinique, de 1898 à 1902, M. Winter trouve que :

33 femmes attendirent un mois après le premier symptôme avant de consulter le médecin, soit	14 p. 100
43 attendirent plus d'un mois	18 p. 100
61 attendirent plus de 3 mois	26 p. 100
28 attendirent plus de 6 mois	12 p. 100
42 attendirent plus de 9 mois	18 p. 100
27 attendirent plus d'un an	12 p. 100

La raison de ce retard à consulter tient à ce que les malades ont des idées fausses sur le cancer. Ils se l'imaginent comme devant être d'*emblée douloureux et compromettant gravement l'état général*. Or, ce sont là deux symptômes qui apparaissent à une phase avancée de l'évolution du cancer, ainsi que nous l'avons montré en commençant, et ce sont deux symptômes qu'on ne devrait jamais attendre pour décider l'intervention.

Ils l'imaginent encore comme *très rare*, et avant tout *héréditaire*. Or, il n'est pas rare, puisque les statistiques attestent que 8 p. 100 des morts sont dues aux tumeurs, et il le devient de moins en moins dans les pays civilisés : les tableaux dressés par M. Bertillon en font foi. Il n'est pas non plus exclusivement héréditaire, puisque sur 100 cancéreux, 15 seulement ont des antécédents cancéreux. sur 100 non cancéreux, 15 ont des antécédents cancéreux. Que nous soyons cancéreux ou non, le cancer est dans

nos antécédents dans la proportion de 15 p. 100 (1). L'argument du malade, qui consiste à dire : « Je ne ne dois pas avoir de cancer, parce que ni mes parents, ni mes grands-parents ne sont morts du cancer » est donc dénué de valeur.

Les malades hésitent encore à consulter, parce qu'ils pensent que *l'opération à subir est ou très grave ou inutile*. Mais les statistiques que nous avons rapportées ne montrent-elles pas que l'opération n'est vraiment grave que si on temporise indéfiniment, et que la mortalité opératoire tombe au contraire presque à 0 dans les interventions précoces, et pour certains cancers très fréquents, comme celui du sein, de l'utérus, de la lèvre. Enfin, soutenir que l'ablation large est inutile, ce serait nier l'évidence ou suspecter la probité des nombreux chirurgiens qui ont dressé les statistiques.

C'est aussi parfois la faute des médecins, si le traitement chirurgical n'est pas appliqué précocement. D'aucuns, peu confiants dans l'intervention, ne la conseillent pas à leurs malades. De fait, le médecin qui, actuellement a dépassé la cinquantaine, n'a assisté, au cours de ses études, qu'à des échecs presque constants de la part des chirurgiens, dans leur lutte contre le cancer. Il a donc été excusable, dans une large mesure, si pendant une dizaine d'années il ne s'est pas donné la peine d'approfondir, chez ses malades, le diagnostic de cancer ou s'il n'a pas conseillé l'intervention chirurgicale, malgré le diagnostic certain, persuadé qu'il était et de très bonne foi, de l'inutilité de cette intervention. Mais il n'en saurait être ainsi désormais, et le médecin, même âgé, qui conti-

(1) De Bovis.

nue à suivre cette ligne de conduite, n'est qu'un routinier, moins soucieux de la santé et de la vie de ses malades que de sa tranquillité personnelle. D'autres médecins hésitent à porter le diagnostic de cancer : ils ont un peu, à son sujet, les idées du public, se le figurant d'emblée douloureux et cachectisant; aussi, attendent-ils que les symptômes soient réunis au grand complet pour porter un diagnostic précis. Ceux-là conseillent bien l'intervention à leurs malades, et croient à son efficacité; mais ils ont hésité trop longtemps pour se rendre à la vérité, et l'exérèse chirurgicale ne donne plus, dans ces cas, les beaux résultats qu'on est en droit d'attendre d'elle.

Ainsi, *toute la lutte contre le cancer se résume à instruire les médecins et le public de l'efficacité de l'opération, surtout de l'opération précoce*, et de la nécessité, pour les cancéreux, de s'y soumettre sitôt le diagnostic porté.

Qu'a-t-on fait dans notre pays, jusqu'à présent, dans ce sens ? Rien, ou presque rien. Et cela se comprend, puisque le cancer était considéré comme un mal héréditaire et fatal, puisque la chirurgie était jugée impuissante contre lui. Alors qu'une lutte ardente était menée de toutes parts contre les maladies infectieuses et contre la tuberculose en particulier, c'est à peine si, à l'Académie de médecine elle-même, M. le professeur Poirier, réussissait à faire adopter, en 1906, la création d'une « Association française pour l'étude du cancer ». Partout, depuis vingt ans, on a organisé des ligues et des œuvres antituberculeuses ou antiinfectieuses; les pouvoirs publics se sont émus, et en France notamment, des lois importantes ont été votées dans un but hygiénique et prophylactique :

loi du 12 juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels; loi de novembre 1892 et mars 1900 sur le travail des enfants, des filles mineures et des femmes; loi de 1902 sur la protection de la santé publique et l'organisation sanitaire; décret du 10 février 1907 sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses; loi de 1907 sur l'hygiène des équipages et sur l'immigration; enfin, mesures internationales votées à la suite des conférences de Venise (1892) et Paris (1903) contre le choléra, la peste, la fièvre jaune. *Contre le cancer, et pour la guérison du cancer : ni ligues, ni œuvres, encore moins de lois.*

Et pourtant, combien serait plus facile et moins coûteuse la lutte contre le cancer ! Si nous prenons comme terme de comparaison la lutte contre la tuberculose, qui a été la mieux organisée de toutes, nous voyons que dans la pratique on se heurte à des difficultés multiples : il faut d'abord instituer une prophylaxie de la tuberculose, et cela veut dire qu'on ne doit pas hésiter à démolir les quartiers insalubres des villes, à donner aux familles nombreuses et nécessiteuses des logements aérés et ensoleillés, à isoler de leurs parents suspects, dans des établissements-écoles ou dans des établissements-ateliers, les enfants et les adolescents, à empêcher la dissémination des poussières dans la rue, dans les établissements industriels ou commerciaux, dans les appartements même.

Il faut ensuite faire le traitement de la tuberculose déclarée, et cela signifie qu'on doit construire des sanatoria, en assurant aux pensionnaires le repos absolu, un air pur, une alimentation choisie, et cela, souvent, pendant

des années. Car la guérison de la tuberculose — c'est admis aujourd'hui — n'est obtenue ni par un ni par plusieurs médicaments; elle est avant tout fonction d'une hygiène appropriée, celle que nous indiquons.

Evidemment, ce sont là des problèmes économiques que les hommes les plus compétents, animés de la meilleure volonté, ne parviennent pas à résoudre. A vrai dire, il n'y aura plus de tuberculeux quand il n'y aura plus de pauvres. Espérons que les sociologues et les économistes réaliseront un jour cet état idéal.

Que faut-il, au contraire, pour combattre le cancer ? Une prophylaxie spéciale ? Nullement, nous avons vu plus haut qu'elle se réduisait à quelques pratiques simples, comme la désinfection des appartements, la destruction des pansements par le feu, et si l'on veut encore, la crémation des cadavres porteurs de cancers externes ulcérés. Rien là, de bien difficile ni de bien coûteux.

Faut-il, pour obtenir la guérison du cancer, des médicaments, un régime onéreux et longtemps prolongé ? Nullement : un séjour de quelques jours dans un hôpital ou dans une clinique pour les cancers les plus simples comme ceux de la lèvre, de la peau, de quelques semaines pour les autres, comme ceux du sein, de l'utérus; voilà qui est à la portée de tout le monde. *Il faut seulement que les malades sachent se soumettre à ce traitement, dès que les médecins auront réussi à le préconiser et même à l'imposer.*

La lutte contre le cancer se résume donc bien et tout entière en une éducation du public et du médecin.

Pour les médecins, il faut multiplier les articles de propagande sur le diagnostic du cancer au début, en in-

sistant sur l'importance des examens histologiques en cas de doute. Il faut publier dans les journaux spéciaux, ou mieux, dans les circulaires spéciales, les résultats des opérations, il faut montrer que le cancer est curable, d'autant plus sûrement que l'ablation en est pratiquée de meilleure heure et plus largement. C'est ce que fit M. le professeur Auguste Pollosson, dans une conférence aux médecins et étudiants de la région lyonnaise (*Province médicale* du 6 juillet 1906): c'est ce qu'il résuma magistralement dans une série d'articles (*Lyon chirurgical*, février et mars 1909), relativement aux symptômes, au diagnostic et au traitement du cancer utérin; et c'est ce qu'il nous rappelait très récemment au cours d'un entretien, en nous priant d'y insister :

Les médecins n'examinent pas localement, parce que d'une façon plus ou moins consciente ils savent qu'ils ne tireront pas une conclusion précise de leur examen. Dans ces conditions, la responsabilité est peut-être plus nette pour l'entourage lorsque l'examen a été fait.

Pour beaucoup de maladies, devant un diagnostic encore incertain, l'évolution juge l'affaire. *On n'a pas le droit de conserver cette manière de voir relativement au cancer, et lorsque la question est posée, il faut qu'elle soit résolue d'une façon nette dans le plus bref délai*, soit par un examen au spéculum, soit par la dilatation du col, l'exploration digitale intra-utérine, le curettage, le prélèvement de parcelles destinées à l'examen microscopique, etc., etc., en demandant, si cela est nécessaire, à des gens plus compétents et plus spécialisés, un diagnostic, qu'un médecin ordinaire ne peut pas faire.

Pour un médecin qui a fait un diagnostic de cancer et qui a posé une indication d'opération, ou qui juge que cette indication opératoire doit être posée par quelqu'un de plus spé-

cialisé, il serait de la plus haute importance de considérer comme un devoir moral strict, *de ne jamais donner un traitement médical à de semblables malades.*

Pour le chirurgien, qui a posé l'indication opératoire, il y a nécessité d'imposer un *délai très bref*, une semaine au maximum ; il doit encore prévenir le malade que l'opération peut devenir impossible ou sera, en tout cas, beaucoup plus grave, si elle est différée.

Enfin, *relativement au cancer du corps de l'utérus* dans la région lyonnaise, les résultats opératoires sont bien inférieurs à ceux du cancer du col. Et cependant, la règle est que les résultats opératoires du cancer du corps se chiffrent par 90 à 100 p. 100 de guérisons, lorsque celui-ci est opéré de bonne heure. C'est donc que les cancers du corps de l'utérus arrivent au chirurgien à une période très avancée, et cela parce qu'ils ont été confondus, au début, avec des affections bénignes (endométrite hémorragique, polypes, etc.). La ligne de conduite du médecin dans ce cas est donc la suivante : « Chez une femme arrivée à la ménopause et qui présente des hémorragies avec un col parfaitement sain, il y a 50 p. 100 de chances en faveur d'une affection banale (polype, endométritie hémorragique, etc.), mais il y a aussi 50 p. 100 de chances en faveur d'un cancer du corps. *Il ne faut donc pas renvoyer le diagnostic à l'évolution* ; il faut imposer *de suite* une dilatation et une exploration digitale intra-utérine, parce que dans les cas favorables, le traitement sera simple et bénin ; dans les cas de néoplasme, il est trop important d'intervenir à une phase précoce.

L'instruction et l'éducation du public paraissent réalisables assez rapidement, si nous nous en rapportons aux deux tentatives qui ont été faites dans ce sens à l'étranger, exclusivement contre le cancer utérin, par M. le professeur Rossier, dans la Suisse romande, par M. le professeur Winter, dans la Prusse orientale.

Il n'est pas impossible de créer, par régions, des *ligues*

anticancéreuses, dont les adhérents, choisis surtout parmi les médecins, feraient au grand public des conférences simples sur les cancers les plus fréquents (tube digestif, utérus, sein, lèvre, peau). On en fait de plus agréables sans doute, mais de moins utiles, sur les sujets les plus variés; on en a fait des milliers sur la tuberculose.

Ne pourrait-on pas trouver des *journaux*, *revues* ou *périodiques*, assez désintéressés pour consacrer quelques chroniques de temps à autre, aux symptômes des principales tumeurs et à leur traitement ? Y aurait-il tant de ridicule à résumer en quelques lignes, au verso des tickets de tramways, et des coupons de toutes sortes, sur des placards apposés dans les voitures et les monuments publics, les signes d'un cancer ? On lit partout : « La tuberculose se propage par les crachats desséchés; ne crachez pas à terre », ou encore, après les inondations : « Faites bouillir votre eau, faites cuire vos légumes, la typhoïde est contractée par l'eau non bouillie et par les légumes crus »; et personne ne s'en étonne, et beaucoup en tiennent compte.

On ne s'étonnerait pas davantage, ni longtemps, de lire dans une salle de réunion publique : « Le cancer est très fréquent; il survient chez toute le monde; il n'est pas besoin pour cela d'avoir des ascendants cancéreux; il survient sournoisement; son caractère particulier est d'être indolore au début; il faut toujours y penser, et dès la moindre présomption, montrer le mal au médecin; il guérit par l'opération et ne peut guérir que par elle. »

On pourrait encore, dans les endroits réservés aux femmes, afficher des avertissements très courts dans le genre de celui-ci :

« Femme, si vous avez des pertes aqueuses ou teintées de sang en dehors des règles ou après les rapports sexuels, ou après l'âge critique, prenez garde, et courez chez votre médecin : vous êtes peut-être atteinte d'un cancer utérin, qui ne peut guérir que par une opération immédiate. »

Mais ne voyons-nous pas, et beaucoup plus développés, dans les feuilles publiques et les prospectus, les symptômes de quantité de maladies que de prétendus spécialistes se font fort de guérir par une poudre, une eau, une pommade, etc., etc.? La publicité qui leur réussit si bien, ne réussira-t-elle pas aussi à des gens plus désintéressés ?

On dira — et nous ne permettrons pas qu'on nous fasse l'objection — : c'est affoler le public et lui faire voir le cancer partout; c'est diminuer la médecine, la « ravaler » disent quelques-uns, que de parler du cancer à un public profane. Erreurs grossières, derrière lesquelles se dissimulent la paresse ou un intérêt professionnel mal compris. Le public n'a pas perdu la tête parce qu'on l'a mis en garde, et de mille manières, contre la tuberculose et les maladies contagieuses; il est seulement devenu plus propre, plus attentif, plus prudent; et puis, c'est une crainte salutaire que celle inspirée par un mal fréquent et fatal comme le cancer; mieux vaut le reconnaître à temps que d'être emporté par lui. D'autre part, ce ne sont pas les conférences, ni les affiches, ni les chroniques de journaux qui feront du malade son propre médecin. Est-ce qu'on devient médecin en lisant ? Elles l'inciteront à consulter plus tôt qu'il ne le fait les médecins spécialistes, à attirer l'attention du médecin sur l'affection grave

dont il craint d'être porteur; et ce ne sera pas une mauvaise chose que le médecin soit prévenu sans cesse contre le cancer : l'examen n'en sera que plus minutieux et plus approfondi.

Il n'y a donc à craindre ni affolement des malades, ni déchéance de la médecine.

A cette lutte, il serait encore possible d'intéresser les personnes que leur culture spéciale et leurs fonctions mettent à même d'être consultées par le public. Le pharmacien, la sage-femme, l'herboriste, le bandagiste, l'orthopédiste, le visiteur des pauvres, les contrôleurs des sociétés de secours mutuels et d'autres encore. Leur rôle consisterait à envoyer au médecin, aux fins de diagnostic, les malades porteurs d'écorchures, de bosses plus ou moins suspectes. On ne verrait plus ainsi des ostéosarcomes de la cuisse ou de l'épaule traités dans les officines par un badigeonnage de teinture d'iode ou une friction d'onguent napolitain, et arriver à l'hôpital quand il n'y a plus d'intervention à proposer; on ne verrait pas non plus de malheureuses femmes atteintes de cancer utérin soignées par des injections et des tamponnements jusqu'à ce qu'elles aient une fistule vésico ou recto-vaginale. Nous avons malheureusement vu ces deux exemples au cours de nos études.

Le *pharmacien* et la *sage-femme* surtout, qu'honore si facilement la confiance du public féminin, doivent jouer ici un rôle social considérable. Leur est-il bien difficile, devant une affection qu'ils ignorent et qui résiste à leur médication, de dire : « Je ne vois pas ce que vous avez: vous devriez aller consulter un médecin. » Il n'y a pas de honte à confesser son ignorance de choses qu'on n'a pas

apprises. Or, le pharmacien est avant tout chimiste, la sage-femme, accoucheuse.

Il n'est pas douteux que la lutte ainsi conçue et entreprise dans toutes les parties de notre pays, par le public d'abord, mis en garde contre un mal qu'il saura mieux dépister; par le pharmacien, la sage-femme et les autres personnes des arts para-médicaux, qui dirigeront sur le médecin les malades porteurs d'affections suspectes; par les médecins, qui n'auront pas de cesse qu'ils n'aient posé un diagnostic certain, bien persuadés de cette idée que la précocité du diagnostic entraîne la précocité de l'intervention, et que celle-ci est le meilleur gage de guérison; par les chirurgiens, enfin, qui ne temporiseront plus, le public étant plus docile, et pratiqueront des abrasions larges, usant, en outre, au fur et à mesure, des ressources offertes par les agents physiques, pour mieux prévenir la récidive.

Cette lutte nationale, qui n'est pas même commencée dans notre pays — il n'existe pas de ligue anticancéreuse, mais une « Association française pour l'étude du cancer » fondée en 1906, à l'instigation de M. le professeur Poirier, dont le but, assurément recommandable, est pourtant plus théorique que pratique, plus médical et chirurgical que social — a été entreprise courageusement il y a quelques années à l'étranger. Nous citerons comme les plus intéressantes, les tentatives de M. le professeur Rossier, de Lausanne, et de M. le professeur Winter, de Königsberg. Les résultats encourageants qu'ils ont obtenus devront engager les chirurgiens français à combattre le bon combat, et les pouvoirs publics à entrer en campagne.

C'est contre le cancer utérin que M. le Dr Rossier, professeur d'obstétrique à l'Université de Lausanne, a dirigé ses efforts. En 1906, il adresse, au nom de la Société de gynécologie et d'obstétrique de la Suisse romande, dont il est président, trois circulaires, que nous reproduisons à titre d'exemple, une au public féminin, une aux sage-femmes, une aux médecins. Il fit des conférences à la Société vaudoise des médecins, pour attirer leur attention « sur l'importance d'un diagnostic aussi hâtif que possible du cancer utérin ». Il demanda à tous les journaux de Lausanne de reproduire ses circulaires, mais quelques-uns, effrayés de cette innovation, n'osèrent appeler, ainsi qu'il nous l'écrivait, utérus un utérus. D'autres acceptèrent. Il publie, en outre, chaque année, un agenda et un aide-mémoire de la sage-femme, qui contiennent, l'un et l'autre, un chapitre sur les symptômes du cancer utérin. Enfin, comme directeur de l'Ecole de sages-femmes, il consacre les deux dernières leçons de son cours au cancer de la matrice, sans présentation de malades. « Je ne veux pas, nous écrit-il, que nos sages-femmes fassent de la gynécologie : donc, pas d'examen clinique; mais j'attire sérieusement leur attention sur les symptômes qui peuvent faire penser à un cancer, et je les engage à envoyer leurs clientes au médecin, ou mieux, à les y accompagner.

« Les résultats ne se sont pas fait attendre. Certainement, depuis le début de cette campagne, nous voyons davantage de cancers au début, très opérables et très guérissables. »

Voici les trois circulaires : la première, destinée au monde féminin, fut insérée dans certains journaux de la région vaudoise, affichée à Lausanne et dans les autres villes et villages du canton de Vaud :

LE CANCER DE L'UTÉRUS

Quelques mots d'avertissement au monde féminin.

Les questions d'hygiène occupent actuellement une place de plus en plus importante : elles n'intéressent pas exclusivement les médecins et les autorités sanitaires ; les simples particuliers désirent être renseignés sur les progrès de la science médicale, sur les moyens de guérir ou d'éviter certaines maladies.

Non seulement les journaux médicaux, mais aussi les journaux politiques, apportent au public de nombreux renseignements sur la tuberculose, sur les maladies épidémiques. Une affection rare surgit-elle dans un pays, immédiatement la presse met les lecteurs au courant de sa marche et de son traitement.

Tout le monde a lu, jadis, avec un intérêt palpitant et avec un espoir malheureusement déçu, les découvertes de Koch sur la tuberculose, et plus récemment les publications de Doyen sur le cancer.

S'il est des maladies évitables, grâce à de saines mesures d'hygiène, s'il en est de guérissables par des traitements médicaux, il en est d'autres qui, dans l'état actuel de nos connaissances, ne le sont que par des opérations chirurgicales, à condition toutefois que l'affection soit encore près de son début.

C'est le cas du cancer des organes internes. Une fois la maladie avancée, la chirurgie, même la plus hardie, ne peut plus rien pour sauver les pauvres malaldes.

Il est donc urgent que cette affection si redoutée, guérissable par une opération pratiquée à temps, soit reconnue du public dès ses premiers symptômes.

Quand le cancer attaque un organe nécessaire à la vie, on doit se borner à extirper la partie malade et son voisinage immédiat. Quand l'organe atteint n'est pas indispensable à l'organisme on l'enlève et, si le cancer n'en est qu'à son début, le malade guérira. A cette catégorie appartiennent les cancers du sein, de la matrice.

La Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande a consacré trois de ses séances à une discussion fort intéressante sur le cancer de la matrice.

Cette discussion a montré très clairement que plus le public est éclairé sur cette affection, dont le début est assez insidieux, plus les cas de guérison définitive sont nombreux.

C'est donc faire œuvre éminemment humanitaire que d'attirer l'attention du monde féminin sur cette maladie trop fréquente qui, non reconnue à temps, entraîne fatalement la mort de celle qui en est atteinte.

Le retard apporté dans l'opération de ce cancer est presque toujours dû à l'ignorance, parfois à la négligence, des malades. Les cas négligés, beaucoup plus nombreux, hélas ! que les cas pris au début, meurent sans opération, parce que celle-ci n'est plus possible, ou malgré une opération, parce que celle-ci n'a pu être radicale et que le cancer a récidivé.

Devant des résultats aussi peu favorables, le public s'est persuadé à tort que le cancer est une maladie incurable d'emblée et que, avec ou sans opération, la malade est fatalement perdue. En effet, les cas favorables et guéris sont tenus secrets, les cas défavorables sont fatalement connus ; le public conclut qu'il n'y a rien à faire.

Cette appréciation très fausse a coûté déjà la vie à des milliers de femmes. On estime qu'en Allemagne plus de 10.000 femmes meurent annuellement du cancer de la matrice.

Dès que l'attention du public féminin aura été attirée sur les premiers signes de cette forme de cancer, les femmes s'adresseront de meilleure heure à leur médecin, l'opération aura

lieu dès l'apparition des premiers symptômes et la guérison définitive sera beaucoup plus certaine.

Il faut, pour en arriver là, que les femmes se pénètrent tout d'abord de ceci : *le cancer de la matrice est guérissable ; il n'est guérissable que par une opération radicale ; il n'est guérissable par aucun autre traitement.*

En second lieu, elles devront connaître une série de symptômes que nous allons passer en revue.

On sait que, arrivées à un certain âge, les femmes cessent d'être incommodées par le retour périodique de symptômes connus. Si cependant, au bout d'un temps de répit (un an, par exemple), une perte de sang plus ou moins abondante se produit, il est dangereux de l'expliquer par un retard de l'état antérieur ; c'est souvent l'indice d'un début de cancer.

Il faudra de suite s'adresser à un médecin, seul capable de reconnaître ce dont il s'agit, de tranquilliser sa cliente s'il y a lieu, de la décider à l'opération s'il y a cancer. Rien de plus fatal que de ne pas demander cet avis médical de suite et d'essayer, par frayeur, de se cacher la vérité ; ce procédé d'autruche a déjà mené bien des femmes au tombeau, en laissant passer le moment favorable à une intervention.

Mais le cancer peut se montrer aussi avant l'âge dont nous venons de parler, quand les signes habituels se montrent encore régulièrement ; les symptômes sont alors plus vagues ; il s'agit d'une augmentation dans l'abondance et la durée de l'indisposition normale, parfois aussi d'irrégularités dans l'apparition de ce symptôme.

Nous voyons donc que le principal signe qui doit engager une femme à prendre l'avis d'un médecin sont des pertes de sang survenant à un moment où elles ne sont pas normales, ou bien des pertes de sang augmentées de durée ou d'intensité.

Loin de nous d'alarmer inutilement qui que ce soit, mais, devant des négligences, des pertes de temps, qui si souvent ont coûté la vie à des mères de famille, il est de notre devoir de crier un garde à vous énergique.

Le public a été entraîné à la négligence actuelle par un autre malentendu très fréquent.

Une personne atteinte de cancer de matrice devrait, dans l'opinion courante, être amaigrie, pâle, faible ; elle devrait éprouver de vives souffrances, elle devrait avoir des pertes nauséabondes. Rien de plus faux. Quand le tableau que nous venons de tracer est vrai, il s'agit ordinairement du cancer avancé, inopérable, inguérissable. Attendre ce moment pour appeler au secours serait pure folie.

Le cancer de la matrice à son début n'amaigrit pas, n'affaiblit pas, ne fait pas pâlir ; dans la plupart des cas il ne cause aucune douleur, il ne produit pas de pertes nauséabondes.

Les femmes consultent presque toujours le médecin trop tard. Quelles sont donc les causes de ces retards fatals ? D'abord, comme nous venons de le voir, c'est l'ignorance des symptômes du début ; ils sont si peu inquiétants par eux-mêmes que trop souvent, pendant des mois, on les considère comme des irrégularités sans importance.

Ensuite, au lieu de s'adresser d'emblée à un médecin, la malade s'adressera à des amies, à des voisines, à une sage-femme ! Les amies, les voisines croiront toujours reconnaître une affection qu'elles ont eue elles-mêmes, et le remède qui les a guéries d'un mal tout différent, offrant peut-être des symptômes analogues, devra d'abord être essayé.

Les sages-femmes ne sont pas compétentes du tout pour reconnaître une affection gynécologique ; ces affections ne font pas partie de l'enseignement qu'on leur donne ; il est donc inutile, même dangereux, de s'adresser à elles pour des cas qui ne se rapportent pas à une grossesse, un accouchement ou des couches. D'ailleurs, chaque sage-femme consciencieuse doit adresser ces malades d'emblée à un médecin.

Ces diverses consultations préliminaires entraînent donc toujours une perte de temps qui correspond souvent à la perte de la vie.

Une fois le verdict du médecin prononcé, la femme se trouve en présence d'une nouvelle décision à prendre. *L'opé-*

ration radicale est la seule chance de salut, lui dit-on. La crainte de l'opération domine tout, les suites de l'opération sont si pénibles, elle a des conséquences si graves pour l'état général, ont raconté des amies bien intentionnées !

Erreur fatale encore.

Grâce aux progrès de l'antisepsie, à ceux des méthodes opératoires, on peut affirmer en toute conscience que l'opération d'un cancer de la matrice à son début offre fort peu de dangers immédiats et point de dangers éloignés. La matrice n'étant pas un organe nécessaire à la vie, on peut la supprimer sans provoquer le moindre trouble corporel ou intellectuel.

Si une femme se trouve dans une maison en flammes, si toute issue lui est fermée, sauf vers la rue, par la fenêtre, si la foule lui tend une toile sur laquelle elle peut se laisser choir sans danger, refusera-t-elle cette chance presque certaine de salut, sous le prétexte qu'elle a peur de se faire mal ? Préférera-t-elle être brûlée vive ? Evidemment non. Toute femme atteinte de cancer se trouve dans une situation analogue. Il n'y a, dans l'état actuel de nos connaissances médicales, pas d'autre chemin à suivre ; il faut prendre bravement la seule décision qui puisse rendre la santé et la vie.

On nous dira peut-être que ce sujet n'est pas du ressort des journaux ; ce n'est pas notre avis, tout au contraire. Cette question du cancer de la matrice a pour toute la population, pour tout le pays, une importance si grande, qu'il faut faire entendre le cri d'avertissement au plus grand nombre de femmes possible ; il faut que celles qui ont entendu et qui ont compris (et puissent-elles être nombreuses) portent ce garde à vous à d'autres, à celles qui ne lisent pas de journaux, aux pauvres qui n'en ont pas. Plus ces quelques conseils de prudence se répandront dans toutes les classes de la population, plus on verra diminuer le nombre des cas inopérables, plus le médecin aura la joie de conserver une femme à son mari, une mère à ses enfants.

(Société d'Obstétrique et de Gynécologie de la Suisse romande.)

Aux Sages-Femmes de la Suisse romande

Toute sage-femme a entendu parler d'une maladie terrible, qui est assez répandue et qui s'appelle le cancer. Une des formes les plus fréquentes et les plus graves de cette maladie est celle qui s'attaque à la matrice.

Or, les malheureuse femmes qui sont atteintes de cette effroyable maladie ne peuvent être guéries définitivement que par une opération.

Au début de la maladie, c'est-à-dire pendant les premiers mois, le cancer est absolument limité à la matrice, mais, plus tard, il envahit le voisinage, les vaisseaux sanguins et lymphatiques, les glandes et autres organes du bas-ventre, la vessie, les uretères, le rectum.

Pour que l'opération ait des chances de réussite, c'est-à-dire pour qu'elle amène la guérison complète, il faut absolument qu'elle soit pratiquée avant que le cancer ait fait trop de progrès, avant qu'il se soit étendu au delà de son siège primitif.

Il est triste de constater qu'actuellement le plus grand nombre des malheureuses femmes atteintes de cancer de l'utérus viennent consulter le médecin trop tard, quand toute opération radicale est devenue impossible. Ainsi, à l'hôpital de Lausanne, un tiers, et à la Maternité de Genève un sixième seulement des malades atteintes de cancer peuvent être opérées avec quelques chances de succès au moment de leur entrée à l'hôpital, toutes les autres sont condamnées à succomber plus ou moins rapidement, parce qu'elles sont venues trop tard.

Il faut que cette triste situation s'améliore ; il faut qu'à l'avenir les malades atteintes de cancer arrivent plus tôt entre les mains du chirurgien, qui pourra les opérer et dans bien des cas leur sauver la vie.

Plus d'une fois, les sages-femmes elles-mêmes ont contribué à faire perdre du temps, en ne pouvant donner à ces malades d'utiles conseils, en essayant elles-mêmes de les soigner ou

de les soulager, ou bien par nonchalance, ignorance ou négligence, en n'attachant pas l'importance qu'ils comportent aux premiers signes de la maladie.

En voici un triste exemple : nous avons connu deux malades soignées pendant plusieurs mois chez une sage-femme de Genève, par des injections et des tampons pour une plaie du col de la matrice qui, plus tard, a été reconnue comme étant de nature cancéreuse.

Par le fait de ce traitement prolongé, ces malades avaient laissé passer le moment favorable à l'opération de leur cancer et elles ont succombé après de longues souffrances. Vous pouvez vous rendre compte de la grave responsabilité que cette sage-femme a encourue en manquant à son devoir, soit en soignant elle-même ces malades et en ne les envoyant pas de suite chez un médecin. Nous estimons qu'elle pourrait être justiciable des tribunaux pour traitement illégal de maladies qu'elle ne connaît pas, et qui ne sont pas de sa compétence. Très nombreux sont ainsi les cas de cancer qui, par la faute du médecin ou de la sage-femme, n'arrivent entre les mains du spécialiste que lorsqu'il est trop tard pour opérer.

La Société de Gynécologie et d'Obstétrique de la Suisse Romande s'est émue de cet état de choses et, quoique sachant fort bien que l'enseignement des sages-femmes dans les maternités ne comprend pas les connaissances voulues pour pouvoir reconnaître le cancer de l'utérus dès son début, et, en plus, que le traitement des maladies de la matrice est interdit aux sages-femmes, elle a cependant trouvé bon de s'adresser à elles pour qu'elles lui facilitent la tâche de combattre cette terrible maladie.

En effet, un grand nombre de femmes ont confiance dans la sage-femme, lorsqu'il s'agit de maladies du bas-ventre ; elles lui demandent conseils et avis avant d'aller voir un médecin, surtout lorsqu'il s'agit de pertes blanches ou d'hémorragies provenant de la matrice.

La sage-femme devra donc connaître les premiers symptômes du cancer de la matrice, pour que, dès qu'il y aura lieu de suspecter sa présence, elle puisse sans aucune hésitation,

sans examen local, adresser au médecin, ou mieux encore y accompagner elle-même la malade, qui lui aura demandé conseil.

Elle a le devoir d'user de toute son influence pour décider la malade à accepter un examen de la matrice, qui ne devra être fait que par le médecin.

Quels sont à présent les symptômes importants qui feront soupçonner, dès le début de la maladie, la présence d'un cancer ?

Ils ne sont pas nombreux, mais ils ont une grande importance.

Ce sont les suivants :

1. L'apparition de pertes de sang plus ou moins abondantes après le début de l'âge critique.

2. Des pertes de sang survenant immédiatement après les rapports sexuels.

3. Pertes de sang ou véritables hémorragies survenant à tout âge entre les règles et accompagnées quelquefois de pertes fétides ou de pertes aqueuses teintées de sang.

Les premiers signes du cancer sont donc constitués par des pertes de sang ou des hémorragies, en dehors des règles, survenant dans les conditions particulières que nous venons d'indiquer.

Les douleurs, l'amaigrissement, les pertes fétides ne viennent que plus tard, quand l'opération radicale n'est déjà plus possible.

Toute sage-femme devra donc se rappeler qu'au début de la maladie, c'est-à-dire pendant les premiers mois, la malade n souffre pas, ne maigrit pas encore, et qu'il n'existe ni écoulement abondant ni pertes ayant mauvaise odeur.

Redoublons par conséquent de vigilance pour reconnaître le plus tôt possible cette terrible maladie.

Nous faisons donc appel au sentiment d'humanité de toutes les sages-femmes : qu'elles n'envisagent pas cette circulaire comme une critique, mais bien comme un appel à une collaboration active contre une grave maladie. Que chaque sage-femme remplisse son devoir professionnel dans cette lutte con-

tre le cancer et chaque fois qu'elle aura réussi à amener une malade à temps au chirurgien, on pourra dire qu'elle a contribué à sauver une vie humaine et qu'ainsi elle a bien mérité de la Société.

Genève et Lausanne, janvier 1906.

Pour la Société d'Obstétrique et de Gynécologie
de la Suisse Romande,
Le Comité.

Aux Médecins de la Suisse romande.

La Société d'Obstétrique et de Gynécologie de la Suisse Romande s'est occupée récemment de la lutte contre le cancer de l'utérus, et a décidé d'agir énergiquement, afin de faire bénéficier notre pays des bons résultats déjà obtenus ailleurs. Pour cela elle a le plus grand besoin de l'aide et de la collaboration de tous les médecins du pays et c'est pourquoi nous nous adressons aujourd'hui à nos confrères de la Suisse Romande.

Les progrès de la chirurgie moderne ont permis, comme vous le savez, de pratiquer, sans grand danger, l'ablation de l'utérus dans les cas de cancer, mais si les résultats immédiats de cette opération sont favorables, il n'en est pas de même, hélas ! des résultats éloignés qu'assombrissent singulièrement les trop nombreuses récidives. Cet état de choses défavorable, qui a pour résultat de déprécier dans l'esprit du public et quelquefois même dans celui des médecins une opération bienfaisante et utile entre toutes, est dû au fait que les malades sont opérées en général trop tard, alors que le carcinome a déjà dépassé les limites de l'utérus. On peut, en effet, affirmer, en se basant sur la situation privilégiée de l'utérus, en tant qu'organe isolé et libre, on peut affirmer en principe que le carcinome de l'utérus opéré au début peut et doit être guéri radicalement par l'hystérectomie. Cette opération, d'ailleurs, n'est applicable actuellement qu'à un nombre restreint de cas relativement favorables, la plupart des car-

cinomes de l'utérus arrivant chez l'opérateur dans un état si avancé, qu'il ne peut plus même être question d'une intervention utile quelconque.

En attendant le remède préventif ou curatif du cancer, il s'agit donc actuellement pour le médecin de savoir et de pouvoir reconnaître le carcinome de l'utérus dès son début, c'est-à-dire à un moment où il peut encore être guéri radicalement. Malheureusement, les débuts du cancer de l'utérus sont obscurs et silencieux, et les malades elles-mêmes éprouvent au commencement si peu de malaises que, dans leur ignorance, elles ne prêtent aucune attention aux premiers symptômes de la maladie et ne s'adressent que trop tard aux médecins. Nous chercherons à les éclairer en nous adressant directement à elles et nous vous prions de bien vouloir nous aider dans cette tâche difficile en renseignant sur ce sujet si important vos clientes et en général le public féminin qui se trouve dans votre cercle d'activité.

Mais, tout en faisant la part de la maladie et des malades, il ne faut pas perdre de vue la part de responsabilité qui incombe aux médecins dans cette question du cancer de l'utérus. Trop souvent encore, le médecin, soit par inexpérience, soit par négligence ou apathie, ne reconnaît pas les cas suspects, ne se donne pas la peine de pratiquer le toucher ou bien perd un temps précieux en instituant un traitement local insuffisant et inutile, qui laisse passer le moment favorable à l'opération radicale.

Certes, nous n'ignorons pas les difficultés de toute nature auxquelles le médecin praticien se heurte dans les cas de ce genre, mais nous pensons qu'une connaissance plus exacte des dangers que courent ses clientes, et la conviction de la nécessité et de l'utilité du but à atteindre, lui donneront la force et l'énergie nécessaires pour vaincre les obstacles. Dans tous les cas suspects, qu'il s'agisse de femmes jeunes ou âgées, — le cancer n'épargne aucun âge, — il devra avant tout exiger et obtenir l'autorisation de pratiquer le toucher vaginal ou de faire examiner la malade par un spécialiste compétent. Il suffira en général d'expliquer à la famille, sinon à la malade

elle-même, les dangers de l'expectative et la nécessité d'un diagnostic précoce dans les cas suspects de carcinome.

Quels sont donc les symptômes du début du cancer de l'utérus ?

Ce sont :

Chez les femmes en pleine activité sexuelle, des pertes de sang irrégulières, qui apparaissent dans l'intervalle des règles, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme, tel que le coït, la défécation, l'examen gynécologique.

Chez les femmes qui ont dépassé la ménopause, des pertes de sang plus ou moins abondantes, qui apparaissent en général spontanément, plus ou moins longtemps après la cessation des règles.

Plus tard seulement, lorsque le cancer est en pleine évolution, on voit apparaître les signes classiques, la douleur, l'écoulement fétide, l'amaigrissement. Le plus souvent, le carcinome est alors trop avancé pour pouvoir être guéri par une opération radicale. Il ne faut donc à aucun prix attendre l'apparition de ces signes pour faire le diagnostic, mais considérer les symptômes du début énumérés plus haut comme une indication absolue de pratiquer le toucher.

Le doigt explorateur constate alors non pas le col anfractueux, qui caractérise le carcinome bien établi, mais des rugosités, de petites proéminences anormales, des érosions, des tissus friables qui saignent facilement. En présence de ces données anormales, il faut procéder sans délai à l'excision de quelques fragments des parties suspectes du col, en vue d'un examen microscopique.

Si, au contraire, le col est tout à fait normal et ne présente rien de suspect, comme cela se voit volontiers lorsqu'il s'agit de pertes de sang post-climatériques, il faut songer à la possibilité de l'existence d'un cancer du corps de l'utérus. Cette forme du carcinome utérin est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet en général, elle ne donne souvent lieu, en fait de symptômes, qu'à des pertes de sang irrégulières et des coliques utérines, que les traités classiques décrivent comme caractéristiques, manquent souvent. Dans tous les cas où l'état

du col ne suffit pas à expliquer les pertes de sang, il faut donc procéder à l'exploration de la cavité utérine, soit avec le doigt, après dilatation du col, soit avec la curette. Cette exploration sera suivie de l'examen microscopique des fragments de tissus enlevés.

Le curettage et l'excision des fragments du col sont de petites interventions, qui doivent être faites avec le plus grand soin, et le médecin qui n'en a pas l'habitude ou qui, pour un motif ou pour un autre, hésiterait à s'en charger, devra les faire faire sans délai par un spécialiste.

L'examen microscopique sera confié, cela va sans dire, à un homme compétent et sûr, qui aura l'habitude et l'expérience des recherches anatomo-pathologiques.

Dans les cas suspects ou douteux, c'est-à-dire dans la majorité des carcinomes de l'utérus au début, c'est donc l'examen microscopique des fragments excisés du col ou des produits de curettage qui décidera en dernier ressort du diagnostic. Une fois celui-ci posé, l'opération radicale, l'hystérectomie s'impose et ici encore la tâche du médecin à une grande importance, car il s'agit pour lui de décider la malade et sa famille à l'intervention dans le plus bref délai possible. Il saura le faire avec tact et fermeté, mais sans effrayer inutiement la malade.

C'est ainsi que l'on pourra reconnaître dès le début et opérer de bonne heure un grand nombre de cas de carcinome de l'utérus, c'est ainsi que l'on verra la proportion des cas opérables augmenter sensiblement, le nombre des récidives post-opératoires diminuer de plus en plus, et l'opération radicale devenir réellement curative.

La marche à suivre est donc parfaitement claire et les médecins qui suivront à la lettre les indications contenues dans cette circulaire, et que nous nous permettons de recommander à leur attention toute spéciale, auront le sentiment d'avoir agi dans l'intérêt de leurs clientes et d'avoir contribué par leur science, conscience et énergie à sauver un grand nombre de femmes et de mères de famille, car, encore une fois, et c'est par là que nous terminons, le cancer de l'utérus, reconnu et

opéré au début, peut et doit être guéri radicalement et définitivement.

Genève et Lausanne, janvier 1906

Pour la Société d'Obstétrique et de Gynécologie
de la Suisse Romande,
Le Comité.

Même campagne était entreprise dès décembre 1902 par le professeur Winter dans la Prusse orientale : « Il n'est pas une femme de la Prusse orientale, nous écrit le professeur Winter, qui n'ait reçu un appel contre le cancer de la matrice, par les soins du président de son district, de son député, de son médecin ou du Conseil municipal. » Cette circulaire, conçue dans des termes très simples, analogue à celle du professeur Rossier, insiste surtout sur les dangers qu'il y a pour la femme, à consulter des charlatans, des herboristes et des commères. Sa pudeur ni sa pauvreté ne doivent l'empêcher de consulter au plus vite un médecin, car le médecin n'est pas un homme pour elle par les sens, et doit être plus qu'un homme par la générosité et la grandeur d'âme.

Voici cet avertissement :

Comment la femme doit se comporter dans le cas de cancer de la matrice.

I. Le cancer de la matrice est un mal fréquent, qui peut s'attaquer aux femmes mariées ou non, mariées de tout âge, le plus souvent dans les 40 ans.

II. C'est un mal toujours mortel, qui ne peut être combattu que par une opération ; il n'y a pas de remèdes contre ce mal.

III. L'opération ne peut apporter une guérison complète *que si elle est faite à temps.* Si on laisse passer le bon mo-

ment, l'opération devient *très* dangereuse et ne préserve plus sûrement la malade contre le retour du cancer.

IV. La femme atteinte de ce mal a par conséquent son sort dans sa main ; plus tôt elle s'adressera au médecin, plus sûrement elle sera délivrée de la maladie mortelle ; plus elle temporise, moins elle a de chances de guérir.

V. La femme doit par conséquent savoir, comment s'annonce le cancer chez elle, afin qu'elle puisse aux premiers symptômes s'adresser de suite aux médecins.

VI. Les symptômes du cancer sont :

a) Des pertes surviennent entre les règles mensuelles ; du sang coule irrégulièrement en quantité modérée pendant des jours ou des semaines. Si les périodes mensuelles elles-mêmes retardent ou avancent un peu, et que dans l'intervalle de ces périodes on ne remarque pas de pertes de sang, il n'y a pas de cancer ;

b) Des pertes de sang surviennent après le coït ;

c) Des pertes surviennent de nouveau après le retour d'âge;

d) Il survient un écoulement séreux légèrement teinté de sang ou un écoulement un peu épais, sentant très mauvais ;

e) Il survient, sans doute dans des cas rares, comme premier symptôme du cancer, une forte douleur dans l'abdomen ou dans les hanches ; cette douleur est le plus souvent durable et croît lentement.

Dès que la femme a remarqué en elle un de ces signes, elle doit de suite consulter un spécialiste.

Le seul conseilleur qualifié est le médecin, si possible un médecin de femmes ; elle peut s'adresser aussi à une clinique de femmes. La femme ne doit jamais s'adresser à une sage-femme ou à une sœur de la commune. Encore moins à un *charlatan, à un rebouteur et à un herboriste*, gens qui, sans aucun diplôme de l'Etat, s'occupent néanmoins de médecine. La malade doit, de plus, éviter de s'entretenir avec d'autres femmes de son état, parce que celles-ci prodiguent souvent des consolations et la détournent d'aller consulter le médecin à temps.

VIII. — La femme ne doit pas négliger de consulter le médecin, parce qu'elle a honte d'être examinée ; elle doit faire taire ce sentiment, sa pudeur ne peut être blessée par l'examen. La pauvreté ne doit pas non plus l'empêcher de recourir au médecin. Médecins des pauvres et cliniques sont répandus dans tout le pays et il y a partout des médecins compatissants qui examinent gratuitement une malade dans le besoin. La crainte des souffrances, la peur de l'opération, le manque de temps ou d'autres raisons encore, ne doivent pas empêcher la femme d'appeler le médecin aux premiers symptômes. Tout jour gagné contribue à prolonger la vie.

IX. Les phénomènes cités plus haut ne se rencontrent pas exclusivement dans le cancer, mais aussi dans d'autres maladies bénignes du bas-ventre (ex : dans les métrites, catarrhes, polypes, etc.). Le médecin doit, par conséquent, décider s'il y a cancer ou non. La malade ne doit pas s'imaginer, parce qu'elle présente un des symptômes précités, qu'elle doit nécessairement être atteinte de cancer ; mais elle doit s'en rapporter à la décision favorable du médecin s'il y a lieu et ne plus s'inquiéter.

X. Quand le médecin a conseillé l'opération ou l'examen dans une clinique de gynécologie, la femme doit obéir de suite: ni la crainte de l'opération, ni sa pauvreté, ni sa pudeur, ni le manque de temps, ni aucune autre raison, ne doivent l'en détourner : sa vie est en jeu.

XI. L'observation exacte de tous ces conseils préserve la femme atteinte de cancer de la matrice, de la mort souvent, en tout cas d'une lente et douloureuse agonie.

Et voici les résultats de cette campagne, que nous extrayons du *Zentralblatt für Gynecologie :*

Le succès de la lutte contre le Cancer de l'Utérus en Prusse orientale (1)

Par le Professeur Winter, de Kœnisberg.

Pour évaluer le succès d'une année entière, j'ai mis en œuvre mes moyens de lutte à une date qui me permît d'en compter les effets à partir du début de l'année 1903.

En décembre 1902, j'envoyai une brochure à tous les médecins de Ostpreussen et une circulaire à toutes les sages-femmes de la province ; au commencement de janvier 1903, parut dans tous les journaux de ce pays une « Exhortation au monde féminin » ; bientôt après, j'envoyai les questionnaires aux gynécologues de la province, avec prière d'enregistrer exactement tous les carcinomes de l'année 1903. Au commencement de 1904, je les réclamai, et j'ai en ce moment les réponses de 84 questionnaires, qui me permettent de prouver le succès de mon entreprise.

Outre ma clinique, qui fournit le plus grand nombre de cas, MM. Tckerlein, Kob, Lange, Lehmann, Urïniter, Rowski, Sperling, Sehröder, Echütze, Unterberger, de Königsberg, Callinus, d'Allenstein et Collègues d'Insterberg se consacrèrent à cette entreprise ; à tous ces messieurs j'exprime publiquement pour le valeureux soutien qu'ils ont prêté à mon œuvre, mes meilleurs remerciements.

Et maintenant le succès !

Conduite des Médecins.

Sans redire encore à cette place quelle doit être la ligne de conduite du médecin, je rappellerai pourtant que l'examen au spéculum, pratiqué immédiatement, est la première et la principale obligation du praticien.

Sur les 84 femmes, 45 s'adressèrent à leur médecin habituel ; de ces 45, 5 seulement ne furent pas examinées au spé-

(1) Nous devons à l'obligeance de M. Pinel, professeur-adjoint au lycée de Dijon, la traduction de ce document.

culum, soit 11 p. 100. Or, j'ai pu établir, d'après les statistiques de ma clinique, que cette proportion était de 14,2 p. 100 avant 1903. Il y a donc progrès, mais ce progrès ressort plus clairement, si on envisage les raisons pour lesquelles les cinq médecins n'ont pas de suite pratiqué l'examen interne, malgré mes pressantes prescriptions. Un médecin n'examina pas parce que la malade lui avait caché les symptômes de cancer et n'avait parlé que de diarrhée ; un deuxième renvoya la malade à un spécialiste à cause de symptômes de vessie prédominants ; ce spécialiste de la vessie diagnostiqua le cancer et conduisit la malade à un gynécologue. Le troisième médecin qui n'examina pas était un homéopathe. Le quatrième n'examina qu'à la deuxième consultation. Le cinquième n'examina même pas lors de la deuxième consultation, mais fit le traitement médical interne ; il s'agissait là d'un carcinome commençant du corps présentant les symptômes d'une endométrite, de sorte qu'il est tout au moins compréhensible que l'examen interne n'ait pas eu lieu.

On peut donc admettre comme premier résultat qu'en 1903, aucun médecin ne s'est rendu coupable de négligence en omettant l'examen au spéculum ; aucun n'a, par conséquent, prolongé un cas de cancer utérin : la conduite de l'homéopathe ne saurait nous surprendre.

Comme deuxième devoir du médecin, j'ai prescrit le diagnostic précoce du carcinome, et j'ai insisté sur l'emploi du microscope dans les cas douteux. Les médecins usèrent du diagnostic histologique dans des proportions considérables. J'avais mis le laboratoire de ma clinique à leur disposition pour ces recherches, et j'avais demandé aux médecins insuffisamment exercés à examiner au microscope d'envoyer des préparations. Je reçus 25 préparations, dans lesquelles je trouvai 5 fois du cancer.

D'autre part, l'Institut d'anatomie pathologique de Königsberg reçut en 1903, 28 parcelles de tissus à examiner. Comme il n'en reçut que 14 en 1902, je pense pouvoir considérer, comme l'effet de mon exhortation aux médecins, la différence en plus, soit 14.

Au cours de l'année 1903, il y eut donc 25+14, soit 39 examens microscopiques de plus que l'année précédente.

Deux médecins ont fait une lourde faute en ne recourant pas au diagnostic histologique, l'un méconnut ainsi l'existence d'un carcinome infiltrant, et l'autre traita pendant cinq semaines un cancer du col comme une érosion, par des moyens médicaux, jusqu'à ce que la décomposition progressive des tissus l'amenât au vrai diagnostic.

Relativement à la conduite des médecins, je puis dès lors constater que mes efforts sont tombés sur un sol très fertile. Les médecins de l'est de la Prusse ont donné un excellent témoignage de leur conscience par la manière dont ils sont entrés dans cette voie et ont beaucoup contribué à l'obtention d'une opération hâtive du cancer utérin ; leurs malades leur en seront reconnaissantes.

Conduite des Sages-femmes.

Comme première règle de conduite, j'ai indiqué dans ma circulaire aux sages-femmes, qu'elles doivent adresser de suite au médecin toute malade présentant des symptômes utérins, et surtout des signes du cancer. J'ai dit qu'elles ne devaient pas pratiquer elles-mêmes le toucher et l'examen au spéculum.

Des 84 femmes atteintes de carcinome au cours de l'année 1903, 8 consultèrent des sages-femmes. De ces 8 sages-femmes :

N'ont pas examiné, mais ont envoyé de suite au médecin.	3
Ont examiné et envoyé aussitôt au médecin	3
Ont examiné et traité.	1
Détails non connus.	1

Sur 7 sages-femmes, une seule traita donc maladroitement. Cette conduite comparée à celle des sages-femmes avant la réception de ma circulaire est incomparablement meilleure : *en 1902, sur 28 sages-femmes consultées, 15 traitèrent faussement, soit 54 p. 100, tandis qu'en 1903, 1 seule a traité faussement, soit 14 p. 100.*

Je puis donc constater qu'un succès absolu a été tout près d'être atteint par ma notice aux sages-femmes.

Conduite des charlatans et des rebouteurs.

Quoique ce métier, comme le montre le procès qui vient de se poursuivre à Tilsitt, soit encore en pleine prospérité dans la Prusse orientale, il n'a joué malgré tout aucun rôle dans les 84 cas cités. Ces gens *médiocres* ne furent pas en général consultés par les malades. Cela ne veut aucunement dire que nous en ayons fini avec ce métier dans notre lutte contre le cancer ; car il est vraisemblable que la confiance que ces hommes possèdent encore a tenu éloigné du cabinet médical jusqu'à la mort plus d'un cas de cancer.

Conduite du public.

Le facteur le plus important dans la guérison du cancer de l'utérus est la conduite des malades elles-mêmes qui, par indolence, par ignorance des symptômes, par pudeur, par crainte, par pauvreté, recherchent trop tard les secours du médecin, ou pour les mêmes raisons refusent l'opération qui les sauverait ou la remettent à plus tard.

Je vais donner une forme chiffrée à cette conduite :

1° Je comptai le temps que les malades laissaient écouler de la première apparition des symptômes jusqu'à la consultation du médecin ;

2° Je fixai le temps que les malades laissaient écouler depuis l'instant où on leur avait donné le conseil de se faire opérer jusqu'à son exécution.

J'ai communiqué au public féminin de la Prusse orientale la véritable marche à suivre dans le cancer de l'utérus, par un article de journal (voyez monographie, page 49). Pour pouvoir en mesurer le succès, je vais opposer l'une à l'autre la conduite des femmes avant et après sa publication.

Après la première apparition des symptômes consultèrent :

	1898-1902 Sur 234 femmes	1903 Par 55 femmes
Dans l'espace du 1er mois . . .	33=14 °/o	12=22 °/o
Attendirent plus de 1 mois. . .	43=18 °/o	19=35 °/o
— 3 mois. . .	61=26 °/o	18=33 °/o
— 6 mois. . .	28=12 °/o	3= 5 °/o
— 9 mois. . .	42=18 °/o	3= 5 °/o
— 1 an	27=12 °/o	0= 0 °/o

Le nombre des 84 cas traités en 1903 a dû être diminué de 29, pour la raison que les cas vus le premier mois après la publication étaient déjà inopérables, dès l'apparition dudit journal.

La grande différence dans la conduite du public est rendue claire par la comparaison des pourcentages.

J'ai également un bagage de chiffres sur les motifs de la consultation tardive du médecin. Ces femmes indiquèrent comme raisons :

Ignorance des symptômes du cancer	30 fois
Indolence.	19 fois
Sentiment de pudeur.	4 fois
Peur du médecin.	14 fois
Manque d'argent.	2 fois

Je montrerai encore que l'article de journal a décidé les malades à l'opération. De l'instant où l'indication opératoire fut posée par le médecin, combien de femmes attendirent pour la mettre à exécution :

	1898-1902 Par 122 femmes	1903 Par 60 femmes
Jusqu'à 8 jours	77= 63 °/o	47=78 °/o
— 15 jours	18= 15 °/o	7=12 °/o
— 3 semaines	4= 3 °/o	
— 4 semaines	4= 3 °/o	3= 5 °/o
— 2 mois	5= 4 °/o	2= 3 °/o
— 3 mois	6— 5 °/o	0= 0 °/°
— 4 mois	2= 2 °/°	1= 2 °/o
— 6 mois	2= 2 °/o	0= 0 °/o
— 1 an.	3= 2,5 °/°	0— 0 °/o
Plus de 1 an	1— 0,5 °/o	0= 0 °/o

Pour terminer, je veux encore citer quelques exemples relatifs à l'efficacité de l'article de journal dont je suis l'auteur :

1° Une patiente a depuis six mois des symptômes de cancer : le 4 janvier paraît l'article de journal ; la mère le lit et envoie la patiente de suite à la clinique, autrement elle serait venue beaucoup plus tard ;

2° Une patiente a depuis deux mois des symptômes de cancer et va pour cela chez le médecin, qui lui conseille la visite immédiate à la clinique ; la patiente ne suivit pas le conseil du médecin et ne s'y rendit que lorsqu'une dame, qui avait lu le journal, la pressa vivement ;

3° Une patiente a des symptômes depuis quatre mois et demi. Une amie, qui a lu l'article de journal, lui conseille une visite à la clinique : malgré cela la malade ne vint qu'après six semaines et encore sans le conseil de son amie elle ne serait pas venue ;

4° Une patiente lit en janvier l'article de journal ; en juin elle a des hémorragies irrégulières. Pleinement consciente de la signification de ces symptômes, elle ne consulte le médecin qu'après cinq jours ; clui-ci, informé également par la brochure, fait faire l'opération de suite : cancer tout à fait commençant. Ce cas démontre bien la pénétration des facteurs isolés de mon système ;

5° Une patiente a des symptômes depuis deux semaines et demie. Le mari a lu l'article de journal et a envoyé immédiatement sa femme à la clinique ;

6° Une patiente, qui a des symptômes depuis deux mois et demi, vient, poussée par une parente qui s'était instruite de son côté par l'article de journal sur les symptômes du cancer ;

7° Une patiente vient à la première apparition des symptômes parce qu'elle connaissait les symptômes par l'article de journal.

Les cas cités ne sont que des exemples pour montrer l'efficacité de mon « Exhortation au monde féminin ». Je suis persuadé qu'elle a coopéré dans de très nombreux cas au diagnostic précoce, sans que cela résulte du questionnaire qui ne contenait aucune question relative à ce sujet. Ce n'est qu'aux

femmes atteintes de cancer, venues à ma clinique, que l'on demanda si elles avaient été influencées par mon article de journal.

Pour terminer, je veux encore mentionner qu'une malade, quoique connaissant la nature de son mal, refusa définitivement l'opération ; une autre la différa dans les mêmes circonstances pour des raisons qu'elle tut ; une troisième malade ne s'est pas trouvée chez le spécialiste pour l'opération.

Si je rassemble tout ce que j'ai appris sur la conduite des femmes atteintes de cancer en 1903, j'établis qu'une grande amélioration ne saurait être méconnue, parce que :

1° 57 p. 100 (1903) contre 32 p. 100 (1898-1902) consultèrent dans l'espace du premier trimestre de l'année ;

2° 90 p. 100 (1903) contre 78 p. 100 (1898-1902) suivirent le conseil de se faire opérer dans l'espace de quinze jours. Ce n'est pas là un effet du hasard, mais celui de mon enseignement.

Opérabilité du carcinome.

Le succès proprement dit de tous les efforts doit maintenant se montrer dans l'accroissement des cas opérables. Une comparaison de ces cas avec les cas d'opérabilité constatés auparavant, est légitime, puisque ni moi ni les autres chirurgiens spécialistes n'avons étendu notre opérabilité. Tous les opérateurs en Ostpreussen opèrent par la voie vaginale, le plus souvent à l'aide de la grande incision de Schuchardt ; il n'a été opéré par voie abdominale qu'exceptionnellement.

Sur les 84 cas qui étaient soumis à l'observation, la clinique vient avec 33 cas ; dont 27 étaient opérables (soit 82 p. 100) et 6 inopérables (18 p. 100), parmi les 51 cas des autres opérateurs qui me sont parvenus, 33 étaient opérables (soit 65 p. 100) et 18 inopérables (35 p. 100).

En regard de ces chiffres, je rapproche ceux de l'année 1902 :

	1902	1903
Cas opérés à ma clinique ...	71 p. 100	82 p. 100
Spécialistes.....	52 p. 100	65 p. 100

Ces deux chiffres comparés montrent que l'opérabilité du carcinome en Ostpreussen a monté de 62 p. 100 à 74 p. 100. La différence serait certainement encore plus grande si l'opérabilité n'avait pas déjà été élevée auparavant à la suite de mes efforts répétés.

Il ressort donc bien suffisamment de mes citations que les mesures prises par moi pour lutter contre le cancer de l'utérus ont eu un grand succès. J'espère que ce succès engagera Messieurs mes collègues à organiser aussi de leur côté la lutte contre cette maladie, et j'espère de plus que les chirurgiens, auxquels j'ai fait part de mon entreprise, suivront la même voie dans leur lutte contre les cancers de leur ressort, par exemple : rectum, sein.

Certainement, nous ne serons pas encore avant longtemps arrivés au but, malgré tous les efforts : 65 p. 100 seulement des cas de l'extérieur et 82 p. 100 des cas de ma clinique furent opérés et encore souvent dans un état défavorable. Comme les médecins et les sages-femmes en 1903 n'ont plus été coupables de négligence à quelques très rares exceptions près, la faute principale (indépendamment des rares cas où les symptômes se montrent tard) tient au public après comme avant.

Ce que ces deux éminents chirurgiens ont fait contre le cancer utérin, d'autres peuvent et doivent l'entreprendre contre le cancer de leur spécialité, et même contre tous les cancers. Ainsi fit, l'année dernière, M. le Dr Leclerc, professeur suppléant de clinique chirurgicale et d'obstétrique, à l'Ecole de médecine de Dijon, dans une conférence à la Société des amis de l'Université. Il adjurait ce public lettré de s'émouvoir un peu de ce mal terrible qu'est le cancer, et préconisait contre lui les différentes mesures que nous avons rapportées.

Déjà, les chirurgiens anglais, américains et italiens ont commencé une lutte acharnée contre le cancer utérin.

M. Lewers traita la question dans le *Britisch medical association*, puis nomma un comité qui rédigea un appel aux médecins et un appel aux nurses. (*The Practitionner*, n° 449, vol. LXXXIV, n° 1, janvier 1910, p. 74.) De son côté, la Société centrale des sages-femmes élabora, en 1908, un avis tiré à 25.000 exemplaires.

En Amérique, une campagne analogue est entreprise, et en Italie, M. Soli, de la clinique gynécologique de Turin, s'efforce de vulgariser les notions répandues par Winter, dans la Prusse orientale.

Nous pensons que la France ne doit pas se désintéresser plus longtemps d'un mal qui fait dans toutes les classes tant de victimes, adultes souvent, en plein rapport social. Et nous espérons que la conférence que doit faire à Paris, en octobre prochain, le professeur Winter, de Königsberg, sur les résultats de sa lutte contre le carcinome, en Prusse orientale (nous sommes autorisé à l'annoncer), décidera les plus incrédules et sera le signal du premier réveil de l'opinion.

CONCLUSIONS

Somme toute, ce qu'il faut savoir et faire savoir, c'est :

I. — Que le cancer est une malade fatale dans son évolution, et que tout malade atteint de cancer et non opéré est voué à une mort certaine.

II. — Que l'exérèse chirurgicale est présentement la seule méthode à opposer au cancer; les résultats qu'elle donne sont connus, et ils sont d'autant meilleurs que cette exérèse a été faite à une date plus précoce et par une technique plus large.

III. — Les médecins installés depuis quinze à vingt ans doivent savoir que les techniques modernes ont modifié notablement les chiffres et les conditions d'opérabilité; que, par conséquent, beaucoup de malades qu'ils considéraient comme inopérables, ne le sont plus; ils doivent savoir que la mortalité opératoire s'est aussi notablement modifiée dans un sens favorable; ils doivent savoir, enfin, qu'au lieu d'observer des récidives immédiates, presque constantes ou très fréquentes, les résultats durables sont incomparablement plus nombreux, surtout dans les cas de cancer de l'utérus.

IV. — Cette exérèse précoce exige un diagnostic précoce; celui-ci dépend des malades eux-mêmes, des méde-

cins et, de temps en temps, des pharmaciens et des sages-femmes appelés à donner des conseils. Tous doivent connaître ces données : pour les malades, c'est leur intétêt; pour les autres, à cause de la grosse responsabilité qu'ils encourent par ignorance ou par négligecne.

V. — L'éducation du public doit être faite par une campagne de presse..

Celle des médecins qui, théoriquement, devrait être la plus facile à faire à l'aide des journaux médicaux, ne se fera sans doute que lentement; il faut cependant en hâter l'évolution, en attendant que les jeunes générations médicales, tout imbues de ces idées, les répandent à profusion dans le public.

Vu :
Le Président de la Thèse,
A. POLLOSSON.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 25 juin 1910.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.